



QAFQAZIN STOMATOLOJİ YENİLİKLƏRİ



**Azərbaycan
Tibb Universiteti**

80

№ 16 - 2010

Caucasian dental news

Elmi-praktik tibbi jurnal

Научно-практический медицинский журнал

№ 16 2010

AZƏRBAYCAN
STOMATOLOJİ
ASSOSİASIYASI



AZERBAYCAN
STOMATOLOGICAL
ASSOCIATION

Redaksiya heyəti

Təsisçi və baş redaktor
Redaktor
Redaksiyanın müdiri
Məsul katib
Bədii tərtibatçı

R.Q. Əliyeva
Z.İ. Qarayev
S.Y. Əliyeva
E.S. Mirzəzadə
V.K. Davidov

Ağayev İ.Ə.
Avraamova O.Q.
Alimski A.V.
Murat Akkaya
Qasimov R.K.
Qarayev Q.Ş.
Quliyev N.C.
Leontyev V.K.
Sadovski V.V.

Azərbaycan
Rusiya
Rusiya
Türkiyə
Azərbaycan
Azərbaycan
Azərbaycan
Rusiya
Rusiya

Seyidbəyov O.S.
Kosenko K.N.
Məmmədov Ad.A.
Menabde Q.V.
Niqmatov R.N.
Ruzuddinov S.R.
Nejat B.Sayan
Vaqner V.D.
Vəliyeva M.N.

Azərbaycan
Ukrayna
Rusiya
Gürcüstan
Özbəkistan
Qazaxıstan
Türkiyə
Rusiya
Azərbaycan

Ədliyyə Nazirliyi tərəfindən 11 dekabr 1998 tarixdə qeydiyyatda alınmışdır. Reyestr №64.

Ünvan: Bakı şəhəri, AZ 1033, Təbriz küçəsi, 102. tel: 99412 566-02-83; faks: 99412 566-02-83
Адрес: г. Баку, AZ 1033, ул. Тебриз, 102. тел.: 99412 566-02-83; факс: 99412 566-02-83
Address: AZ 1033, Baku Azerbaijan, 102, Tebriz str: phone: 99412 566-02-83; Fax: 99412 566-02-83
E-mail: azerbstom@yahoo.com

Sifariş № 802. Tiraj: 500. "OSKAR nəşriyyat-poliqrafiya müəssisəsində çap olunmuşdur.

MÜNDƏRİCAT

✓ Azərbaycan Tibb Universitetinin 80-illik yubileyi ərəfəsində <i>Qarayev Z.İ.</i>	5
✓ Azərbaycan Tibb Universitetinin stomatologiya fakültəsinin yaranma tarixi və inkişafı <i>Məmmədov R.M., Səfərov A.M.</i>	6
✓ Деятельность благотворительного фонда “Врожденная расщелина губы и неба” в России <i>Мамедов Ад.А.</i>	10
✓ Значимость преморбидной патологии в составлении скрининг-программы диагностики и лечения стоматологических заболеваний <i>Мусаев И.Ю., Йулдашханова А.С., Раззаков Ш.М., Мусаев У.Ю.</i>	15
✓ Sinif 2,Bölüm 2 malokklyuziyasında artmış dodaq qüvvəsi hesabına gerçəkləşdirilən molyar distalizasiyası <i>Novruzov Z.H., Köklü A., Özel M.B.</i>	19
✓ FDI Annual World Dental Congress 2-5 September Singapore 2009 <i>Алиева С.Я.</i>	24
✓ Стоматологический статус пациентов хроническим пиелонефритом <i>Мусаева К.А., Нигматов Р.Н.</i>	26
✓ III Avropa stomatoloji konqresi	31
✓ Spee əyrisi dərinliyi ilə overbayt arasındakı əlaqə <i>Kıymet Saniç</i>	34
✓ Зависимость состояния тканей пародонта от нозологического диагноза умственно отсталых людей <i>Исмаилов А.И.</i>	41
✓ Protez stomatitlərin müalicəsində tətbiq edilən müxtəlif üsulların müqayisəsi və “Stomazol” preparatının terapevtik əhəmiyyəti <i>Səfərov A.M., Bayramov R.B., Arxməmmədov A.M.</i>	46
✓ VI Международный Научный Форум «Стоматология Узбекистана -2010».....	50
✓ Generalizə olunmuş parodontiti olan və qanında sitomeqalovirusun aktiv replikasiyası müşahidə edilən pasiyentlərdə stomatoloji statusun xüsusiyyətləri <i>Hüseynova Ç.B.</i>	52

✓	Изменение гигиенического состояния полости рта умственно отсталых людей после применения адаптированной профилактической программы. <i>Исмаилов А.И.</i>	59
✓	Тегеран - 2010 <i>Алиева С.Я.</i>	62
✓	Влияние воспалительных заболеваний пародонта на стоматологическое здоровье населения и уровень приверженности его к лечению и профилактике этих заболеваний <i>Байрамов Г.Р.</i>	64
✓	Стоматологическая заболеваемость и некоторые биохимические показатели слюны и мочи больных, проживающих в экологически неблагоприятном районе <i>Гусейнова С.Т.</i>	69
✓	Kəskin sensonevral ağrışitmənin kompleks müalicəsində antihipoksantların əhəmiyyəti <i>Mehdizadə N.F.</i>	74
✓	Uşaqlarda kəskin herpetik stomatitin mədə bağırsaq disbakteriozu ilə qarşılıqlı əlaqəsi <i>Əliyeva R.Q., Bayramov Y.İ.</i>	79
✓	Эффективность применения препаратов “Витафтор” и “Намацит” в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом <i>Белоклицкая Г.Ф., Погребняк А.В., Халили Джафар</i>	83
✓	Значение микроэкологии различных биотопов организма женщин с кандидозным стоматитом в генерализации кандидозной инфекции. <i>Белоклицкая Г.Ф., Центилю Т.Д., Решетняк О.В.</i>	84
✓	Клинико-иммунологический статус у больных генерализованным пародонтитом, ассоциированным с разными формами ревматоидного артрита <i>Белоклицкая Г.Ф., Цецура Н.В.</i>	85
✓	Влияние эликсира для полости рта “Бишофит Полтавский” на сохранность краевого прилегания реставраций у пациентов с высокой интенсивностью кариеса <i>Белоклицкая Г.Ф., Дзицюк Т.И.</i>	86
✓	Оценка качества жизни пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта <i>Мамедов Р.М.</i>	87
✓	Медико-биологическая характеристика и химический состав некоторых видов пряно-ароматических растений флоры Азербайджана <i>Мамедов Ф.Ю., Оруджев А.В.</i>	88

✓	Naxçıvan Muxtar Respublikasında əhalinin stomatoloji sağlamlığının öyrənilməsi <i>Qarayev Z.İ., Cəfərov R.M.</i>	89
✓	Ортопедическое лечение дефектов зубного ряда, осложненного пародонтитами <i>Гараев З.И., Алиев В.И.</i>	90
✓	Проблемы съемного зубного протезирования и пути их решения <i>Керимов Э.Э., Сафаров А.М.</i>	91
✓	Эфиромасличные виды рода THYMUS L. флоры Азербайджана и пути их рационального использования в стоматологии <i>Мамедов А.М., Сафаров А.М.</i>	92
✓	Yayılmış xronik parodontit zamanı lipid peroksidləşməsinin fəallaşması və onun hemostazın pozulmasında rolu <i>Kərimov E.E., Əliyev O.S.</i>	93
✓	Onkostomatoloji xəstələrdə ortopedik müalicənin effektivliyinin artırılmasına dair <i>Qasimov R.K.</i>	94
✓	Обоснование возможности использования эфирного масла THYMUS TRANSCAUCASICUS при осложнениях частичного съемного протезирования <i>Шахмурадов Р.Р., Сафаров А.М.</i>	94
✓	Ağız boşluğu selikli qışasının və parodont xəstəliklərinin müalicəsində Loro-ben preparatının tətbiqi <i>Əliyeva R.Q., İmanov E.Ə.</i>	95
✓	Активация перекисного окисления липидов и свертываемости крови при травматических повреждениях челюстно-лицевой области <i>Алиев Э.М.</i>	96
✓	Методы лечения и профилактики сиалолитиаза <i>Сейдбеков О.С., Алиев С.З., Бабаев Д.А., Мехтиев Н.А.</i>	97
✓	Привлечение будущих стоматологов к пропаганде здорового образа жизни для профилактики стоматологических заболеваний <i>Гулиева С.Г.</i>	98
✓	Məhbubə Nəbi qızı Vəliyeva	99
✓	Paşayev Ç.A. -70	100

AZƏRBAYCAN TİBB UNIVERSİTETİNİN 80-İLLİK YUBİLEYİ ƏRƏFƏSİNDƏ

Azərbaycan Tibb Universiteti (varisi olduğu Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutu) Azərbaycan SSR Xalq Komissarları Sovetinin 9 may 1930-cu il tarixli 287/99 nömrəli qərarı ilə yaradılmışdır. Müstəqil fəaliyyətinin 80-illiyini qeyd etməyə hazırlaşan Azərbaycan Tibb Universiteti Azərbaycan tibb elminə böyük şöhrət gətirmiş M.M.Mirqasımov, M.A.Topçubaşov, Ə.M.Əliyev, C.M. Abdullayev, Z.Ə.Əliyeva, K.Ə.Balakışiyev, A.İ.Qarayev, Y.S.Musabəyli, F.Ə. Əfəndiyev, C.Y.Hüseynov, M.M. Əfəndiyev, B.Ə. Eyvazov, G.R. Qurbanov və b. görkəmli tibb alimlərinin adı ilə fəxr edir.

Azərbaycan Tibb Universiteti ölkəmizdə tibb və əczaçı kadrlarının hazırlanması sahəsində fəaliyyət göstərən əsas təhsil müəssisəsidir. Universitetin iki müalicə-profilaktika, pediatriya, tibbi-profilaktika və tibbi - biologiya, stomatologiya, əczaçılıq və hərbi -tibb fakültələrində 7500-ə qədər tələbə təhsil alır. Onların arasında Azərbaycan vətəndaşlarından başqa 15 xarici ölkənin vətəndaşları da vardır.

Azərbaycan Tibb Universitetinin kollektivi təhsil müəssisəsinin mövcud olduğu bütün illər ərzində özünün əsas vəzifəsinə sadıq qalmış, ölkəmiz üçün yüksək səviyyəli tibb kadrları hazırlamaq uğrunda böyük işlər görmüşdür. Bu yolda rast gəldiyi problemlərin öhdəsindən şərəflə gəlmiş və bütün sınaqlardan üzüağ çıxmışdır.

Tibb Universitetində 74 kafedra, 7 kurs, Elmi - Tədqiqat Mərkəzi və 4 problem laboratoriyası fəaliyyət göstərir. Universitet böyük elmi potensiala malikdir. Tədris prosesi də ilbəl təkmilləşir. Respublikada qəbul olunmuş yeni «Təhsil Qanunu»na uyğun olaraq artıq Azərbaycan Tibb Universiteti Boloniya prosesinə qoşularaq kredit sisteminə keçmişdir.

Keçmiş SSRİ dövründə Universitetin klinik kafedraları Səhiyyə Nazirliyinin xəstəxana və poliklinikalarında yerləşirdi, tədris otaqlarının azlığı, darısqallıq və s. müəyyən çatışmazlıqlar

törədirdi. Son illərdə Universitet klinikalarının açılması bu problemin həll olunması yolunda atılan ən ciddi addımdır.

2002-ci ildə yaradılan Universitetin stomatoloji klinikasında artıq stomatoloji profilli bütün kafedralar bir yerdə cəmləşmiş, müasir avadanlıqlarla təchiz olunmuş klinikada tədris və müalicə işləri keyfiyyətcə yaxşılaşmış, elmi-tədqiqat işləri aparmaq üçün şərait yaranmışdır.

Universitetin onkoloji klinikası müasir avadanlıqlarla təchiz olunmuş, yeni binada artıq 3 ildir ki, yüksək səviyyədə fəaliyyət göstərir.

Yubiley ərəfəsində yeni tədris ilində Universitetin müasir avadanlıqlarla təchiz olunmuş yeni terapevtik klinikası tələbələrə və müəllimlərin istifadəsinə veriləcəkdir.

Cərrahi klinikanın tikinti işləri isə başa çatmaq üzrədir.

Beləliklə, Azərbaycan Tibb Universitetinin maddi-texniki bazalarının müasir tələblərə uyğun səviyyəyə çatdırılması, müxtəlif profilli yeni universitet klinikalarının açılması dövlətin insanların sağlamlığı keşiyində duran yüksək ixtisaslı həkim kadrlarının hazırlanmasına xidmət edən təhsil müəssisəsinə töhfəsidir.

Bütün bunlar Prezidentin təhsilə və səhiyyəyə göstərdiyi yüksək qayğı və diqqətin bariz nümunəsidir.

ATU-nun ilk klinikası olan stomatoloji klinikanın bütün əməkdaşları Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyini yeni nailiyyətlərlə qarşılayır. Bu şərəfli yubiley münasibətilə həm stomatoloji klinikanın, həm də bu klinikanın bazasında yerləşdirilmiş bütün kafedraların professor - müəllim heyəti adından ölkəmizin tibb işçilərini, Tibb Universiteti kollektivini ürəkdən təbrik edir, gələcək işlərində yeni nailiyyətlər arzulayıram.

Zöhrab Qarayev
ATU- nun ortopedik stomatologiya kafedrasının professoru, tibb elmləri doktoru

AZƏRBAYCAN TİBB UNIVERSİTETİNİN STOMATOLOGIYA FAKÜLTƏSİNİN YARANMA TARİXİ VƏ İNKİŞAFI

R.M. Məmmədov, A.M. Səfərov
Azərbaycan Tibb Universiteti

Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunda Stomatologiya fakültəsi 1954-cü ildə təşkil edilmişdir.

İlk dövrlər stomatologiyanın əsas bölmələri üzrə uyğun elmi-pedaqoji kadrların çatışmazlığı ilə əlaqədar olaraq, əməkdar elm xadimi, professor G.R.Qurbanovun rəhbərliyi ilə vahid stomatologiya kafedrası yaradıldı. Profil fənnlər həmin kafedrada tədris edilirdi.

1956-cı ildə bu kafedra 3 profil kafedraya bölündü: terapevtik, cərrahi və ortopedik stomatologiya kafedraları.

Hal-hazırda Azərbaycan Tibb Universitetində stomatologiya fənninin tədrisi 5 kafedrada həyata keçirilir: Terapevtik stomatologiya kafedrası; Ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası; Ortopedik stomatologiya kafedrası; Uşaq stomatologiyası kafedrası və Stomatologiya kafedrası (müalicə-profilaktika, pediatriya, tibbi profilaktika və hərbi fakültələrin tələbələri üçün).

Terapevtik stomatologiya kafedrası 1956-cı ildə təşkil edilib və ilk müdiri dosent Həsənzadə Əhməd İsmayıl oğlu olub.

Terapevtik stomatologiya kafedrasının ilk müəllimləri - həkimlər Əlizadə R., Əfəndiyeva Ə., Rəsulova Z. olmuşlar.

1964-1968-ci illər ərzində kafedrada Mirzəyev R.B., Xələfov Ə.Ə., Paşayev Ç.A., Tariverdiyeva E.Q. və Qurbanov A.A. yüksək ixtisaslı pedaqoji kadrlar kimi çalışırdılar.

1968-ci ildən 1984-cü ilə qədər Terapevtik stomatologiya kafedrasına dosent Mirzəyev R.B. rəhbərlik etmişdir. Onun böyük xidməti ilk dəfə Azərbaycan dilində «Terapevtik stomatologiya» dərslisinin çapdan çıxarılması olmuşdur. Həmin dərslikdən tələbələr bu gün də istifadə edirlər.

1984-1985-ci illər kafedraya tibb elmləri namizədi Musayev F.Ə. rəhbərlik edib.

1986-cı ildən tibb elmləri doktoru, professor Paşayev Ç.A. müsabiqə yolu ilə kafedra müdiri seçilmişdir.

Professor Paşayev Ç.A. rəhbərliyi altında 24 nəfər tibb elmləri namizədi adını almışdır.

Hal-hazırda kafedrada 1 professor, 11 dosent, 26 assistent və 7 baş laborant çalışır. Dosent İbrahimov Z.O. kafedranın tədris hissəsinin müdürüdür.

Dosent Məmmədov R.M. Azərbaycan Tibb Universitetinin Stomatologiya fakültəsinin dekanıdır.

Terapevtik stomatologiya kafedrasının elmi-tədqiqat problemi: «Əsas stomatoloji xəstəliklərin diaqnostikası, müalicə və profilaktikası»dır. Kafedrada 2 doktorluq və bir neçə namizədlik dissertasiyası yerinə yetirilir.

Kafedranın dosentləri İbrahimov M.X., İbrahimov Z.O. 2000-ci ildə «Terapevtik stomatologiyanın propedevtikası» dərsliyini yazıb çap etdirmişlər. Əməkdaşlar tərəfindən 500-dən çox elmi məqalə, tezis, metodik vəsait çap olunmuş və səmərələşdirici təkliflər verilmişdir.

Kafedranın əməkdaşları Azərbaycan Stomatoloqlar Assosiasiyasının və İnstitutunun elmi konfranslarında stomatologiyanın aktual mövzularına aid məruzələrlə çıxış edirlər.

Ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası da (əvvəllər cərrahi stomatologiya kafedrası adlandırılırdı) 1956-cı ildə təşkil edilmişdir.

Kafedranın ilk müdiri əməkdar elm xadimi, professor Gülbala Rəhman oğlu Qurbanov olmuşdur.

Müxtəlif problemlər üzrə G.Qurbanovun rəhbərliyi altında tədqiqat aparan bir qrup gənc

mütə
yeva
serta
ilə a
ti o
həva
1
nə d
miş
işlər
nahi
nevr
19
Hüse
T.Hü
müd
sümi
rinin
işlər
19
kafed
Həbb
19
ru T
Profe
ərzini
nahiy
və d
cəsi»
Əmir
əhatə
cərra
dərsl
(E.Ə
E.Fər
nami
siya i
20
kafed
Rəhin
Ka
nahiy
septik
rinin
əmək
yeva,
ləri

mütəxəssis (E.Qurbanov, T.Babayev, M.Quliyeva-Ələkbərova, M.Əliyev) namizədlik dissertasiyaları müdafiə ediblər.

1973-cü ildə professor G.Qurbanovun vəfatı ilə əlaqədar, kafedra müdiri vəzifəsi müvəqqəti olaraq dosent M.Quliyeva-Ələkbərovaya həvalə edilmişdir.

1974-cü ildə isə kafedranın müdiri vəzifəsinə dosent Baxış Hüseyn oğlu Hüseynov seçilmişdir. Bu dövrdə kafedranın elmi-tədqiqat işlərinin əsas istiqamətləri «Üz-çənə və boyun nahiyyəsinin iltihabı xəstəlikləri», «Üçlü sinirin nevralgiyası» problemlərini əhatə etmişdir.

1980-cı ildə t.e.d. Tamara Hacıbala qızı Hüseynova kafedra müdiri vəzifəsinə seçildi. T.Hüseynova kafedraya rəhbərlik etdiyi müddət ərzində çənənin sümük plastikası, sümük əvəzedicilərin istifadəsi və çənə sistlərinin müalicəsi istiqamətləri üzrə elmi tədqiqat işləri aparılırdı.

1986-1987-ci illərdə cərrahi stomatologiya kafedrasının müdiri vəzifəsinə dosent Murad Həbib oğlu Əliyev icra etmişdir.

1987-ci ildə bu vəzifəyə tibb elmləri doktoru Teymur Əsəd oğlu Babayev seçilmişdir. Professor T.Babayevin rəhbərlik etdiyi 20 il ərzində kafedranın elmi mövzusu «Üz-çənə nahiyyəsinin anadangəlmə və qazanılmış defekt və deformasiyalarının diaqnostikası və müalicəsi» olmuşdur. Kafedranın professoru Yunus Əmiraslan oğlu Yusubov tədris proqramını əhatə edən azərbaycan dilində ilk «Üz-çənə cərrahiyyəsi və cərrahi stomatologiya» adlı dərslik buraxmışdır. Bu dövrdə kafedrada (E.Əhmədov, N.Sultanova, F.Həsənov, E.Fərəcov, A.Hüseynov və b.) tibb elmləri namizədi alimlik dərəcəsi almaq üçün dissertasiya işi müdafiə etmişdir.

2007-ci ildən kafedra müdiri vəzifəsinə kafedranın professoru Çingiz Rəhim oğlu Rəhimov seçildi.

Kafedranın əsas elm mövzusu: «Üz-çənə nahiyyəsində bərpaedici, korreksiyaedici və septik cərrahiyyənin effektiv müalicə metodlarının işlənilməsi» təsdiq edilmişdir. Kafedra əməkdaşları (S.Bilalzadə, M.Davudov, M.Əliyeva, A.Yusubov, R.İbrahimov və b.) tibb elmləri namizədi adına layiq görülmüşdür.

Hal-hazırda kafedrada 4 tibb elmləri doktoru, 12 tibb elmləri namizədi, 3 professor, 3 dosent, 13 assistent (yuxarıda adı çəkilənlərdən başqa A.Quliyev-tədris hissə müdiri, V.Əliquliyev, M.Cəfərov, O.Mehdiyev, B.Əliyev, K.Bağirova, Q.Qurbanəliyeva, C.Məmmədov, S.Əliyeva) vəzifəsində çalışır.

Eyni zamanda kafedranın 10 baş laborantı, 4 aspirant və 2 preparatoru tədris işinin yüksək səviyyədə təşkil olunmasına kömək edir.

Ortopedik stomatologiya kafedrası 1956-cı ildə təşkil edilmişdir və rəhbərlik terapevtik stomatologiya kafedrasının müdiri dosent Ə.İ.Həsən-zadəyə həvalə edilmişdi.

1967-1985-ci illərdə professor Ə.A.Əhmədov kafedraya rəhbərlik etmişdir. Bu müddətdə Azərbaycan dilində «Ortopedik stomatologiya»nın propedevtikası üzrə dərslik hazırlamışdır (1980). Professor Ə.A.Əhmədovun və dosent Ə.H.Hacıyevin həmmüəllifliyi ilə «Ortopedik stomatologiya» I hissə (1982), Ə.A.Əhmədov «Ortopedik stomatologiya» II hissə (1992) dərslik nəşr edilmişdir. Həmçinin, ortopedik stomatologiya müxtəlif sahələri üzrə bir sıra dərs vəsaiti və tədris-metodik vəsaitlər çap olunmuşdur.

1985-1990-cı illərdə ortopedik stomatologiya kafedrasına tibb elmləri namizədi, dosent Ə.H.Hacıyev rəhbərlik etmişdir. Bu dövrdə kafedranın daha bir əməkdaşı - S.B.Əsgərov tibb elmləri namizədi alimlik dərəcəsi almaq üçün dissertasiya müdafiə etmişdir. 1985-ci ildə müsabiqə yolu ilə tibb elmləri namizədi Z.İ.Qarayev kafedranın assistenti seçilmişdir, 1987-ci ildə isə o, kafedranın dosenti seçilib.

1990-cı ildən ortopedik stomatologiya kafedrasına tibb elmləri doktoru, Respublikanın Əməkdar həkimi, professor E.E.Kərimov rəhbərlik edir.

Hazırda kafedrada professor-müəllim və köməkçi heyətdə 40-dan çox əməkdaş işləyir. Onlardan 2 professor, 7 dosent, 13 assistent tibb elmləri namizədidir. Bu müddət ərzində kafedrada tibb elmləri üzrə 2 doktorluq (Z.İ.Qarayev və Ə.C.Əliyev) və 16 namizədlik dissertasiyası müdafiə edilmiş və daha 8 əməkdaş doktorluq və namizədlik dissertasiyaları üzrə elmi axtarış

larını davam etdirir. Kafedra əməkdaşları tərəfindən 500-dən artıq elmi məqalə nəşr edilmişdir. Kafedra əməkdaşları bir çox Beynəlxalq konfrans və simpoziumlarda iştirak edirlər.

Doktorluq və namizədlik dissertasiyalarının nəticələri Z.İ.Qarayevin «Üz-çənə anomaliyalarının genetik aspektləri və inbriding» (1997); Ə.C.Əliyevin «Стоматогенные факторы и нарушения продукции половых стероидных гормонов в этиологии и патогенезе рака и предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта» (2007); R.K.Qasimovun «Медико-социальная реабилитация больных злокачественными опухолями головы и шеи» (1993) mövzularındakı monoqrafiyalarda öz əksini tapmışdır. Ə.C.Əliyev Azərbaycan və rus dillərində «Stomatoloji implantologiyasının cərrahi və ortopedik aspektləri» mövzusunda monoqrafiyasını nəşr etdirmişdir (2005).

1999-cu ildə Z.İ.Qarayevin «Dişsiz çənələrin protezlənməsi», 2001-ci ildə Z.İ.Qarayev, N.A.Pənahovun «Parodont xəstəliklərinin ortopedik müalicəsi» adlı kitabları nəşr edilmişdir.

2008-ci ildə professor Z.İ.Qarayev tərəfindən Azərbaycan dilində ortopedik stomatologiyasının müasir nailiyyətləri daxil edilmiş, tədris proqramını tam əhatə edən ilk «Ortopedik stomatologiya» dərsliyi nəşr edilmişdir.

Uşaq stomatologiyası kafedrası 1977-ci ildə cərrahi stomatologiya kafedrasında uşaq stomatologiyası kursu kimi fəaliyyətə başlamışdır. 1987-ci ildə uşaq stomatologiyası kafedrası yaradıldı. Kafedranın ilk rəhbəri dosent R.Q.Həşimov olmuşdur.

1998-ci ildən uşaq stomatologiyası kafedrasına tibb elmləri doktoru professor Əliyeva Rəna Qurban qızı rəhbərlik edir.

Uşaq stomatologiyası kafedrası Azərbaycan Tibb Universitetinin Stomatoloji Klinikasının və Respublika Uşaq Stomatoloji mərkəzinin bazalarında yerləşir.

Kafedrada 24 müəllim tədris edir, bunlardan 1 professor, 5 nəfər dosent, 20 nəfər isə assistentdir. Kafedrada 8 tibb elmləri namizədi işləyir.

Uşaq stomatologiyası kafedrasında «Azərbaycan respublikası uşaq yaşlarında əsas stomatoloji xəstəliklərin epidemiologiyası, profilaktikası və müalicəsi» mövzusunda elmi-tədqiqat işləri aparılır.

Bundan başqa, kafedra əməkdaşları 1998-ci ildən ardıcıl olaraq Respublikanın ümumtəhsil məktəblərində ağız boşluğunun gigiyenasının öyrədilməsi üzrə məktəb proqramı həyata keçirir. Həmin proqramın mahiyyəti məktəblərdə uşaqlar arasında stomatologiya sahəsində sanitariya-maarifçilik və ağız boşluğunun gigiyenası vərdislərinin öyrədilməsi işindən ibarətdir. Bütün tədris və informasiya materialı Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyi tərəfindən bəyənilmişdir.

Uşaq stomatologiyası kafedrasının əməkdaşları Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyasının dəstəyi ilə öz bilik səviyyələrini artırmaq üçün dünyanın qabaqcıl şirkət və klinikalarının aparıcı mütəxəssislərinin iştirakı ilə aşağıdakı mövzuları əhatə edən Beynəlxalq konfranslar təşkil etmişlər:

- stomatoloji klinikanın dizaynı
- stomatoloji qurğuların seçilməsi
- stomatoloji klinikada infeksiya nəzarəti
- endodontik müalicənin yeni üsulları
- parodont xəstəliklərinin kompleks müalicəsi
- ortodontiyanın yeni nailiyyətləri
- stomatoloji-implantologiyasının cərrahi və ortopedik əsasları və s.

Kafedra əməkdaşlarının 350-dən çox elmi məqalə, tezis və tədris vəsaiti çap olunub.

Kafedra müdiri professor R.Q.Əliyeva tərəfindən 2008-2009-cu tədris ilində uşaq stomatologiyası kafedrasının tarixində ilk dəfə olaraq Azərbaycan və rus dillərində «Stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası», «Профилактика стоматологических заболеваний» adlı dərslikləri nəşr etdirilmişdir.

Stomatologiya kafedrası (müalicə-profilaktika, pediatriya, tibbi-profilaktika və hərbi fakültələrinin tələbələri üçün) ATU-nun Stomatoloji klinikasında yerləşir.

Kafedra 1987-ci ildə təşkil olunmuşdur. İlk təşkilatçısı və rəhbəri - tibb elmləri doktoru, professor Hüseynova Tamara Hacıbaba qızıdır.

Kafedranın elmi problemi: «Organizmin daxili orqanları və sistem xəstəliklərində ağız boşluğunun və üz-çənə nahiyyəsinin patoloji halları, klinikası, müalicə və profilaktikası» mövzusunadır.

Kafedra əməkdaşları - 19 nəfərdir, onlardan 11 nəfərin elmi dərəcəsi var:

Tibb elmləri doktoru, professor - 1 nəfər

Tibb elmləri namizədi, dosent - 2 nəfər

Tibb elmləri namizədi - 8 nəfər

Kafedra işçilərinin 400-ə qədər elmi məqalələri və tezisləri çap olunub.

Professor T.H.Hüseynovanın Azərbaycan və rus dillərində «Stomatoloji terminlər lüğəti» (1965) və «Челюстно-лицевая область и коллагенозные заболевания» (1978) adlı monografiyası nəşr olunmuşdur.

Kafedranın işçiləri stomatologiya sahəsinə aid Beynəlxalq simpozium, konqress, konfrans və s. tədbirlərdə iştirak edirlər.

Stomatologiya fakültəsinin açıldığı dövrlərdən fənnlər üzrə təcrübə dərsləri Səhiyyə Nazirliyinin müxtəlif poliklinika və xəstəxanalarında, mühazirələr isə ATİ-nin tədris korpuslarında keçirilirdi. Kafedraların iş şəraiti illər keçdikcə yaxşılaşsada, dərslər otaqlarının azlığı və poliklinika bazalarının darısqallığı yenə də özünü göstərirdi. Nəhayət, Universitetin stomatoloji klinikası açıldı.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Stomatoloji klinikası 2002-ci ilin sentyabr ayında təşkil olunmuşdur. Bu klinikanın yaranması stomatologiya fakültəsinin açılma tarixi - 1954-cü ildən bu günə qədər ən önəmli və yadda qalan hadisələrdən biri olmaqla, Azərbaycan Tibb Universitetinin açılmış klinikalarının ilkidir. Stomatologiya fakültəsinin bütün profil kafedraları bu klinikada yerləşir. Stomatoloji klinikada terapevtik, cərrahi, ortopedik, uşaq stomatologiyası kafedraları və müalicə, pediatriya, tibbi profilaktika fakültələrinin tələbələri üçün stomatologiya kafedrası ilə bərabər terapiya, cərrahiyyə, ortopediya, ortodontiya, parodontologiya, implantologiya, fizioterapiya, rentgen şöbələri və laboratoriyalar fəaliyyət göstərir. Direktoru dosent A.M. Səfərovdur. Universitetin stomatoloji klinikasının əsas fəaliyyət istiqaməti yüksək ixtisaslı həkim-stomatoloq kadrları hazırlamaq məqsədilə tədris, elmi-tədqiqat işlərinin aparılması üçün müasir tələblərə cavab verən baza olmaqla, əhaliyə yüksək ixti-

saslı stomatoloji xidməti təmin etməkdən ibarətdir.

Bu məqsədlə 4 mərtəbəli tədris-klinik bina əsaslı təmir olunmuş, Yaponiya, Almaniya, Türkiyə, Slovakiya, Braziliya, Koreya və digər ölkələrdə istehsal olunan avadanlıqlar və yeni stomatoloji qurğularla təchiz olunmuşdur.

Yeni tədris otaqları açılmış, köhnələri müasir stomatoloji klinikanın tələblərinə uyğun əsaslı təmir olunmuşdur. Rentgen diaqnostika və kompüter tədris kabinetləri tələbələrin istifadəsinə verilmişdir.

Sterilizasiya sistemi köklü dəyişərək - avtoklavlaşdırma sisteminə keçmişdir.

Stomatologiyada istifadə olunan dərman və ləvazimatlar ən müasir standartlara cavab verən aparıcı şirkətlərin məhsulları ilə əvəz olunmuşdur.

Universitetdə tədrisin boloniya prosesinin kredit sisteminə keçməsi ilə əlaqədar olaraq kafedraların tədris proqramlarına uyğun dəyişikliklər aparılır.

Bu müddət ərzində stomatologiya fakültəsində tələbələrin sayı 50-dən - 1090 nəfərə qədər artmışdır.

Xarici tələbələrin sayı isə 362-ə qədər artmışdır. Bu gün fakültənin 36%-i xarici tələbələrdir. 14 ölkədən - Finlandiya, Amerika, Türkiyə, Afqanıstan, Saudi Ərəbistanı, Filippin, Gürcüstan, İran, İrak, Pakistan, İordaniya, Fələstin, Suriya və s. - bu ölkəmizdə, o cümlədən Universitetdə gedən inkişafın demokratik mühitin və tolerantlığın nümunəsidir.

Tələbələrimiz təhsilini bitirdikdən sonra istədiyi ölkələrdə təhsillərini davam etdirmək və işləmək hüququna malikdirlər.

Ümumiyyətlə, Stomatologiya kafedralarında və klinikada 194 professor-müəllim heyəti çalışır, onlardan 8 nəfəri tibb elmləri doktoru, professor, 26 nəfəri dosent, 85 nəfəri asistent, tibb elmləri namizədidir. Fakültənin fəaliyyəti dövründə 8000-dən çox həkim-stomatoloq hazırlanaraq ölkəmizdə və müxtəlif xarici ölkələrdə uğurla fəaliyyət göstərirlər.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «ВРОЖДЕННАЯ РАСЩЕЛИНА ГУБЫ И НЕБА» В РОССИИ

Ад.А.Мамедов

Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова,
зав. кафедрой стоматологии детского возраста

Проблема лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) остается по-прежнему актуальной в России в связи с недостаточностью квалифицированной, специализированной помощи детям с такой патологией.

В настоящее время в некоторых регионах России имеет место недостаточно эффективная организация оказания помощи, отсутствуют детские челюстно-лицевые хирурги в регионах, операции выполняют общие детские хирургии без привлечения таких специалистов, как ортодонты, логопеды, психологи и др., участие которых необходимо на этапах комплексного лечения детей с ВРГН.

Детские хирурги общей специализации, к сожалению, вынуждены оказывать первичную хирургическую помощь, т.к. порой администрация области не всегда и не всегда своевременно может отправить пациента и/или его родителя (опекуна, сопровождающего) в ведущие клиники России. А в некоторых случаях общее соматическое здоровье пациента не позволяет переносить перелеты, переезды и т.д.

Необходимо отметить, что родители пациентов с ВРГН обращаются в первую очередь к хирургу. Их интересует - когда, в каком возрасте можно устранить врожденный дефект, а можно ли пораньше и т.д., так как сегодня многие имеют возможность получать информацию во всемирной паутине - INTERNETe. И хирург, совместно с ортодонтом, педиатром и другими специали-



стами должен отвечать на все вопросы родителей. Поэтому сегодня каждый специалист может и должен пользоваться современными информационными технологиями с возможностью применения современных систем программного обеспечения.

Как известно, пациент с ВРГН находится на лечении у детского челюстно-лицевого хирурга от 0 и до 18 лет. Встречается с врачом-ортодонтом гораздо чаще, нежели с хирургом и другими специалистами. Между ортодонтом и пациентом и его родителями возникает «доверительное отношение». И если у пациента кроме врожденной расщелины губы имеется еще и расщелина неба, то он также больше встречается с логопедом для проведения обучения и нормализации речи.

С периодичностью два-три раза в год пациента с ВРГН осматривает ЛОР-специалист, так как анатомический дефект строения полости рта и носа у ребенка с ВРГН способствует частому развитию осложнений со стороны ЛОР-органов (С.И. Блохина, Т.Н. Бобрович, В.П. Козлова, 1996; Мамедов Ад.А., Соколова А.В., 2003). До 90% таких детей 4-5 раз в год страдают воспалительными заболеваниями ЛОР-органов. Это связано еще и с тем, что в некоторых регионах (особенно отказные дети из детских домов) оперируются поздно, в возрасте 5-6 лет).

По данным исследований Мамедова Ад. А., Соколовой А.В., (2003) операция уранопластика, является лечебным и профилактиче-

ски
дат
ден
тив
ной
тим
так
сти
оти
про
дете
губы
случ
лога
В
опре
Пер
дито
плас
пери
ка.
двух
хейл
пом
расп
форм
рани
томи
орга
наль
это
на
ор
речь
губы
того,
необ
же
о
стан
цовы
носа
город
ции
дошк
нок
ем
сп
На
врож

ским фактором устранения развития экссудативного среднего отита. Раннее ее проведение позволяет снизить развитие кондуктивной тугоухости у 43% детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. А тимпаностомия может производиться как до, так и после операции первичная уранопластика при наличии экссудативного среднего отита. Авторами сделан вывод о том, что профилактика стойких нарушений слуха у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба может быть успешной только в случае согласованных действий врача-сурдолога и челюстно-лицевого хирурга.

Во всем мире, и у нас в России уже давно определена тактика ведения таких больных. Первичная операция - хейлопластика проводится в возрасте ребенка 2-3 месяца, уранопластика в возрасте от 1 до 3-х лет, до периода начала формирования речи у ребенка. В некоторых клиниках применяется двухэтапная уранопластика - первично - хейлопластика, велоластика. Вторым этапом пластика в пределах твердого неба и расщелины альвеолярного отростка. Для формирования нормальной речи необходимо раннее восстановление патологической анатомии. Раннее восстановление анатомии органа приводит к раннему его функциональному восстановлению. В нашем случае это речь пациента. И чем раньше произведена операция, тем быстрее восстанавливается речь пациента с врожденной расщелиной губы и неба. Это является главным залогом того, что в некоторых случаях даже нет необходимости вмешательства логопеда, или же оно минимально. Реконструктивно-восстановительные операции (устранение рубцовых деформаций, коррекция носа, крыла носа, устранение искривления носовой перегородки (для восстановления и нормализации функции дыхания) проводятся в дошкольном возрасте. И все это время ребенок находится под постоянным наблюдением специалистов.

Наш 35 -летний опыт работы с детьми с врожденной расщелиной губы и неба,

научно-обоснованный подход к стратегии и тактике лечения таких детей позволяет предложить алгоритм комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба. Основной целью нашего алгоритма лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба является ранняя реабилитация с ранним восстановлением анатомии и функции органов челюстно-лицевой области.

В 2001 году при поддержке родителей пациентов, нами организован благотворительный фонд «Врожденная расщелина губы и неба»

Основной целью Фонда является оказание материальной и иной помощи для медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации детей-инвалидов с врожденной расщелиной губы и неба, детям, оставшимся без попечения родителей, детям беженцев, вынужденных переселенцев и других категорий граждан, независимо от их национальности, гражданства, вероисповедания.

Основными видами деятельности Фонда являются:

- благотворительная деятельность;
- содействие в разработке федеральных целевых и научно-технических, научно-исследовательских программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи;
- содействие осуществлению международных связей в области здравоохранения, профилактики заболеваний, оказания медицинской помощи;
- содействие привлечению иностранных ресурсов с целью развития здравоохранения и медицинской промышленности в Российской Федерации;
- защита прав пациентов;
- издание книг, газет, журналов и другой печатной продукции;
- создание медицинских центров реабилитации для детей с черепно-челюстно-лицевой патологией;
- проведение семинаров, конференций,

конгрессов посвященных проблеме лечения детей с черепно-челюстно-лицевой и наследственной патологией;

- направление специалистов на стажировку в специализированные медицинские центры России и за рубежом.

Начиная с 1999 года по настоящее время и впоследствии сотрудниками благотворительного фонда «Врожденная расщелина губы и неба», проведено около 50 выездов в регионы России и страны СНГ. Проведено около 1500 консультаций, прооперировано: первичная патология и реконструктивно-восстановительные операции – 399 операций. Возраст пациентов от 1 месяца до 30 лет и даже прооперирована женщина 31 лет с полной расщелиной неба. Прочитано около 50 лекций педиатрам, неонатологам, стоматологам регионов о комплексной реабилитации детей с врожденной черепно-челюстно-лицевой и наследственной патологией.

Следует отметить, что сотрудничество организаций помогает нам квалифицированно организовать сотрудничество специалистов: неонатолог, медико-генетическое консультирование, ортодонт, детский челюстно-лицевой хирург, оториноларинголог, сурдолог, социальный работник, логопед, педагог, анестезиолог, психолог.

За рубежом существует консолидация сил, направленных на лечение детей с ВРГН. Это международный благотворительный фонд «Врожденная расщелина губы и неба» (International Cleft Lip and Palate Foundation – ICPF). Головная организация находится в Базеле (Швейцария). ICPF-международная организация «Расщелина Верхней Губы и Неба»- является мультидисциплинарной гуманитарной организацией посвященная помощи пациентам с расщелиной верхней губы и неба во всем мире. Она была основана 23 октября 1997г. в КЮТО, где было представлено более 20 стран - участниц.

Первый всемирный конгресс по данной проблеме проходил в 2000г. в Цюрихе, под

председательством профессора Hermann Sailer. В 2002 конгресс «Cleft 2002» проходил в Мюнхене под председательством профессора Horch. В 2004 году конгресс «Cleft 2004» проходил в Галифаксе (Канада), организатором которого был Prof. D. Precious. В 2006 году проходила конференция в Англии (Итсборн), каждый желающий мог принять в нем участие. В сентябре 2008 года прошел 5 Всемирный конгресс в Далласе (штат Техас). В нем приняло участие свыше 300 делегатов из 65 стран мира. Организатором встречи был известный хирург, профессор Kennet Selyer – директор клиники краниофациальной хирургии города Далласа. Следующая всемирная конференция прошла с 9 по 12 июня 2010 года в Сеуле (Корея). На всех (кроме Сеула) мы принимали участие с докладами о своих разработках.

В России юридически имеется два Республиканских центра, оказывающих квалифицированную, специализированную медицинскую помощь детям с ВРГН. Это Республиканский Центр на базе МГМСУ и Центр «Бонум» в Екатеринбурге (директор, профессор С.И. Блохина). Центр «Бонум» начинался как «школа-интернат», организованный профессором Б.Я. Булатовской в 60-х годах.

Успешно также работают региональные центры в Санкт-Петербурге, Перми, Уфе, Воронеже, Оренбурге и др. Огромный вклад в оказании специализированной помощи оказывает Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии, где применяются последние достижения краниофациальной хирургии (руководитель, профессор В.В. Рогинский). Продолжает, начатое профессором Л.Е. Фроловой, и развивается «Научно-практический Центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы». Этот центр был организован в рамках ЦНИИС в 70-х годах профессором Л.Е. Фроловой как Всесоюзный центр по лечению детей с врожденными пороками развития лица и челюстей.

Для повышения эффективности лечения детям с врожденной патологией черепно-челюстно-лицевой области необходимо, прежде всего, сотрудничество организаций таких, как Министерство здравоохранения и социального развития России, органы социальной защиты населения, Стоматологическая ассоциация России (СтАР), Департаменты здравоохранения (региона), специализированные Центры, областные городские детские больницы, детские стоматологические поликлиники, медицинские ВУЗы страны (кафедры детской стоматологии), благотворительные фонды, медицинские страховые компании.

Сотрудничество организаций помогает квалифицированно организовать сотрудничество специалистов. В связи с многоэтапностью лечения и, в некоторых случаях, наследственный характер заболевания, требует участия специалистов различного профиля в комплексной реабилитации детей с врожденной патологией черепно-челюстно-лицевой области.

За период с начала деятельности Благотворительный Фонд «Врожденная расщелина губы и неба» проводит совместную работу со специалистами:

- Хабаровского края (кафедра стоматологии детского возраста Дальневосточного государственного медицинского университета, Стоматологическая клиника «УНИ-СТОМ»);

- Алтайского края (Алтайский государственный медицинский университет, кафедра стоматологии детского возраста, отделение челюстно-лицевой хирургии областной детской больницы – Сарап Л.Р., Тулупов В.А.),

- Сахалинской области (11 лет с начала совместной деятельности, областная стоматологическая поликлиника, главный стоматолог Сахалинской области – Еремеев Ю.А., руководитель Центра врожденной патологии – Молдаван О.В.);

- Магаданской области – отделение детской хирургии областной больницы Магаданской области;

- Воронежа (Воронежская медицинская академия имени Н.Н. Бурденко – кафедра стоматологии детского возраста, профессор Губина Л.К.);

- Тульский Государственный Университет, медицинский факультет, Центр врожденной патологии челюстно-лицевой области – руководитель Центра Варфоломеева Л.Г.);

- Липецкий Центр реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, областная детская больница – руководитель Центра – Сутулов В.В.;

- Тверской центр реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, кафедрой стоматологии детского возраста Тверской государственной медицинской академии – заведующий кафедрой член-корр. РАМН, д.м.н., профессор Давыдов Б.Н.;

- Самарский центр диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области – руководитель Косырева Т.М., областная больница, отделение челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии;

- Волгоградский центр реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области – руководитель Центра – Фоменко И.В., отделение ЧЛХ городской больницы Волгограда – Мухин В.Н.;

- Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет, кафедра стоматологии детского возраста, отделение детской челюстно-лицевой хирургии областной больницы;

Кроме России дружеские связи сохраняются со специалистами из государств - стран СНГ:

- Узбекистан, Ташкентская медицинская академия, кафедра челюстно-лицевой хирургии – Махкамов М.Э. (младший), Амануллаев Р.;

- Самаркандский медицинский университет, кафедра ЛОР-болезней, областная больница;

- Казахстан, Алматы, Казахский национальный медицинский университет, кафедра

стоматологии детского возраста, зав. кафедрой профессор Супиев Т.К., Центр реабилитации челюстно-лицевой патологии, руководитель центра Негаметзянов Н.Г., отделение оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии РДКБ «Акса́й»- Утепов Д.К.;

- Казахстан – Южно-Казахстанская медицинская академия, кафедра ЧЛХ, отделение ЧЛХ областной детской больницы – Тимуров Ф.;

- Таджикистан – Душанбинский медицинский университет, кафедра ЧЛХ и стоматологии детского возраста, проф. Таиров У.Т..

Также в ноябре 2007 года на международной конференции стоматологов Азербайджана была предварительная договоренность о совместной работе с кафедрой стоматологии детского возраста Азербайджанского медицинского университета, зав. кафедрой профессор Алиева Рена-ханум. Однако, к сожалению, дальше договоренности дело не пошло. В планах есть наша встреча осенью 2010 года на международном конгрессе в Баку, проводимой Азербайджанской Стоматологической Ассоциацией.

Однако, находясь в Москве у нас прошли встречи с Российским представительством Благотворительного Фонда «Гейдара Алиева» и Азербайджанской молодежной организацией в России «АМОР», председателем которого является Лейла-ханум Алиева. Надеюсь, совместные усилия Благотворительного Фонда «Врожденная расщелина губы и неба» и Благотворительный Фонд «Гейдара Алиева» позволит начать совместную деятельность по лечению и реабилитации детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области и будет эффективной на благо маленьких детей Республики Азербайджан.

Совместная деятельность специалистов различных школ и направлений позволяет обогатить знания, специальность, выработать единую тактику реабилитации (несмотря на то, что каждый специалист хорош по

своему) и приводит к прогрессу в решении проблемы лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба.

Также необходимо выделить совместную деятельность фонда с Казанским заводом медицинского оборудования и инструментария. Продуктом совместной деятельности явился выпуск «Набора инструментов для хейло - и уранопластики», где имеется самый необходимый инструмент – роторасширитель.

Высококвалифицированная специализированная реабилитация пациентов с врожденной патологией черепно-челюстно-лицевой области в современных условиях возможна только в специализированных Центрах, позволяющих оказывать качественную помощь со дня рождения ребенка и на всех ее этапах.

Таким образом, повышение эффективности, медико-психолого-педагогическая и социальная реабилитация, дальнейшее развитие комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба, имеет непосредственную связь с созданием систем оценки качества состояния и реабилитации таких пациентов, аккумулирующих профессиональные знания и умения высококвалифицированных специалистов в информационно-компьютерную систему поддержки этого направления.

Объединение творческих, организационных сил специалистов, занимающихся проблемой лечения детей с врожденной черепно-челюстно-лицевой патологией детей с врожденной расщелиной губы и неба, создание Центров диспансеризации и учета пациентов, позволит оказывать раннюю высококвалифицированную, специализированную, комплексную медицинскую помощь, что в свою очередь приводит к ранней медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации.

ЗНАЧИМОСТЬ ПРЕМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В СОСТАВЛЕНИИ СКРИНИНГ-ПРОГРАММЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

И.Ю.Мусаев, А.С.Йулдашханова, Ш.М.Раззаков, У.Ю.Мусаев
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, Казахстан
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Построение национальной системы обеспечения здоровья населения Республики, в том числе стоматологического, является в настоящее время наиболее сложной и актуальной проблемой. Это обусловлено в силу особых социальных и экономических условий, связанных с введением новых способов рыночной экономики хозяйствования во всех сферах деятельности республики [7]. Изложенное подчеркивает необходимость формирования гибкой и эффективной системы здравоохранения, требующее международно-правового регулирования отрасли.

В то же время, распространенность, интенсивность и особенность клинического течения стоматологических заболеваний, в значительной мере, определяются, во многих случаях частотой и спектром фоновых заболеваний, что позволяет полагать о наличии их патогенетической взаимосвязи [4].

Так, различные заболевания зубо-челюстной системы, такие как повреждения слизистых оболочек полости рта, кариес зубов, потеря зубов, патологии пародонта, проявление в полости рта симптомов различных системных заболеваний организма человека: инфекционные болезни, в том числе ВИЧ/СПИД, туберкулез, сифилис, анемии, болезни органов пищеварения, аллергические болезни, сердечно-сосудистые, и ряд других являются серьезной проблемой

общественного здравоохранения [1,2,3,4].

Многочисленные данные литературы свидетельствуют о значительной частоте заболеваний зубо-челюстной системы у больных на фоне патологий органов пищеварения [3], нарушений метаболизма психоневрологической сферы [8], эндокринной системы и др. [4], обусловленные в большей степени географической зоной проживания населения. При этом значительный интерес представляют сведения о возрастных особенностях обращающихся пациентов за стоматологической помощью и объеме полученной помощи при патологии зубо-челюстной системы, а также сопоставление полученных данных с материалами массовых стоматологических осмотров.

В последнее время рождается всё больше детей с расстройствами психоневрологической сферы. Это связано с ухудшением экологической ситуации, частым использованием средств бытовой химии, с высокой распространенностью таких вредных привычек, как курение, наркомания, токсикомания [6].

Установлено, что соматическая патология у детей с умственной отсталостью имеет статистически доказанное более высокое распространение по сравнению с категорией детей диспансерного наблюдения без умственной отсталости и что частота появления и степень соматической патологии коррелирует с тяжестью умственной отсталости, при

которой наблюдаются более выраженные ее формы [6].

Дети-инвалиды имеют серьезные физиологические, физические и интеллектуальные проблемы и потому нуждаются в особом внимании, в том числе и в стоматологической помощи [2]. В связи с этим стоматологам приходится часто иметь дело с пациентами, страдающими расстройствами интеллекта [6,8].

Между тем, вопросу о взаимосвязи психоневрологических заболеваний с состоянием зубо-челюстной системы у пациентов к настоящему времени уделяется недостаточное внимание [8,9].

Поэтому, **целью** данной работы является определение территориальных особенностей частоты и спектра стоматологических заболеваний и нуждаемости в медицинской помощи детского населения с патологией психоневрологической сферы.

Материал и методы.

Проведен анализ результатов планового диспансерного наблюдения 264 детей с заболеваниями психоневрологической сферы, находящихся в специализированном доме-интернате. Из них были 151 мальчиков (57,2%) и девочек – 113 (42,8%).

Все дети проходили углубленный медицинский осмотр врачей – стоматологов, специализирующихся по детской стоматологии [5]. (ВОЗ,1995, Чижевский). В комплексном обследовании общего состояния здоровья участвовали невропатолог, педиатр, окулист, оториноларинголог, хирург и другие специалисты лечебно-профилактических учреждений.

По результатам диспансеризации и наших наблюдений установлено, что в 2007 году среди детей с психоневрологической патологией в большинстве случаев зарегистрированы психические расстройства в виде умственной отсталости у 174 детей (67,4%), органические поражения центральной нервной системы – у 77 (29,1%), ДЦП – у 93 (34,3%), шизофрения – у 3

(1,1%), эпилепсия – у 15 человек (5,7%). Следовательно, у одного ребенка было диагностировано 1-3 сочетанные психоневрологические патологии.

Среди сопутствующих соматических заболеваний у детей-инвалидов отмечены болезни органов дыхания – у 174 (65,9%), эндокринологические патологии – у 168 (63,6%), анемия у 42 детей (15,9%), сердечно-сосудистые болезни – у 8 (3,0%), пораженность органов желудочно-кишечного тракта – у 3 (1,1%).

Была составлена территориальная характеристика заболеваемости. Из нее следует, что наибольшее количество детей-инвалидов, поступивших в дом интернат, было из г.Шымкента – 83 человека, из Сарыагашского района – 27 детей, Мактааральского – 20, Ордабасынского – 22, Арысского – 18, Сайрамского – 17, Казыгуртского – 14, Отрарского – 14, а из других районов республики поступило незначительное число больных.

Результаты и обсуждение

Оценка стоматологического статуса позволила выявить низкий уровень гигиены полости рта у данного контингента детей вследствие несовершенства мануальных навыков, часто встречающихся зубочелюстных аномалий, нарушения функций слюнных желез, жевательной мускулатуры и языка.

В структуре патологии зубо-челюстной системы детей с психоневрологическими нарушениями установлено, что на первом месте находятся заболевания твердых тканей зубов.

В 2007 году из 264 детей с заболеваниями психоневрологической сферы выявлен высокий удельный вес кариеса, составляющий 36,4%, а также его осложнений – 18,2%. Обращает на себя внимание факт роста субкомпенсированных и даже декомпенсированных форм кариеса зубов, пульпита и периодонтита. Для детей-инвалидов

характерны патологическая стираемость зубов, дефекты зубочелюстной системы.

Установлено, что дети с психоневрологическими нарушениями имеют больше пораженных кариесом постоянных моляров, в связи с чем у 2,7% больных были удалены 1-2 постоянные моляры.

У 32,2% пациентов установлены эстетические дефекты в виде аномального положения отдельных зубов, скученности, диастем и трем, диагностированы травмы твердых тканей зубов и пародонта.

Поражение эмали зубов диагностировано у 42,4% больных детей, заключающееся в изменении цвета, как желтизна и серо-голубой.

В 42,6% случаев отмечены заболевания пародонта в вид различных форм гингивита, а также повышенная кровоточивость десен.

Состояние слизистой оболочки рта и красной каймы губ у детей в значительной степени зависело от характера, длительности и тяжести основного заболевания. У 36,4% больных были определены субатрофический и атрофический глосситы, афтозный стоматит, хейлит, трещины в углах рта с формированием «заед».

Обследование показало, что в 21,6% случаев распространены аномалии прикуса в виде прогнатии и прогении, глубокого прикуса. Повышенная распространенность нарушений окклюзии среди данных детей может быть связана с расстройством функции мускулатуры челюстно-лицевой области [2].

Заключение

Исследование позволяет заключить, что у детей с психоневрологической патологией:

- отмечена высокая распространенность кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов по сравнению со здоровыми детьми;
- чаще удалены 1-2 постоянные моляры, чем у здоровых детей;
- более распространены заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта и красной каймы;
- чаще распространены аномалии зубочелюстной системы, прикуса и окклюзии;
- состояние полости рта значительно хуже, чем у здоровых ровесников, что связано с плохой гигиеной полости рта вследствие недостаточно организованного обучения первичной профилактики стоматологических заболеваний [10].

Таким образом, анализ результатов профессионального осмотра позволил установить более высокий уровень патологий зубочелюстной системы у детей с заболеваниями психоневрологической сферы по сравнению со здоровыми. Это обусловлено, по-видимому, наличием тяжелой фоновой патологии, относительно низкой обеспеченностью данной группы стоматологической помощью, а также недостаточными санитарно-гигиеническими условиями их жизни. Результаты исследования доказывают необходимость учитывать наличие преморбидного фона пациентов в составлении скрининг-программы диагностики и лечения стоматологических заболеваний.

Литература

1. Адмакин О.И. Стоматологический статус детей 12-летнего возраста, страдающих аллергической патологией // Стоматология. – 2007.-№2.-С.80-85.
2. Бакарчиц Д., Легович А., Скриньярик Т., Мадии Б., Сассо А., Ванкура И. Анализ параметров состояния полости рта у детей-инвалидов // Стоматология. – 2006.-№3.-С.57-60.

3. Баходирова А.Н., Хайыдова Д.Д. Факторы риска и преморбидный фон у детей с патологией желудочно-кишечного тракта // Педиатрия (часть II).-Ташкент, 2005.
4. Белая Т.Г. Проявления в полости рта детей соматических заболеваний. Часть 2: Заболевания эндокринной и сердечно-сосудистой системы // Современная стоматология. – 2005. – №4. – С. 8-10.
5. ВОЗ. Стоматологическое обследование. Основные методы.-Женева,1995.-60 с.
6. Лебедева И. Р. Умственная отсталость и коморбидная соматическая патология в детском и подростковом возрасте // Психиатрия. – 2008.- № 3(43).
7. Нургазина Г.К. Стоматология Казахстана, особенности развития и проблемы // Stomatologiya. – 2002. – №3-4. – С.12-14.
8. Орехова Л.Ю., Дегтярева Э.П. О клинике и терапии больных стомалгиями // Психиатрия консультирования и взаимодействия: Мат. конференции. – Санкт-Петербург, 2004 – Т.4, ч. 2. – С. 116-118.
9. Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Антонова И.Н., Лебедева У.В. Необходимость коррекции профилактических и лечебных схем в зависимости от психологических особенностей пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта // Пародонтология. -1999.- № 4.- С. 11-13.
10. Супиев Т.К., Алдашева М.А. Профилактика стоматологических заболеваний – основа стоматологической помощи детям //Профилактика стоматологических заболеваний. – Алматы, 1994. – С. 10-16.

XÜLASƏ

Stomatoloji xəstəliklərin diaqnostika və müalicəsinin skrining – proqramasının işlənilib hazırlanmasında premorbid patologiyanın əhəmiyyəti

İ.Y.Musayev, A.S.Yuldoşxonova, Ş.M.Razzakov, U.Y.Musayev
Cənubi Qazaxıstan Dövlət Tibb Akademiyası
Daşkənd Tibb Akademiyası

Psixonevroloji xəstəliyi olan 264 uşaq planlı dispanser müayinədən keçirilmişdir. Onlarda həm də yanaşı gedən somatik xəstəliklər aşkar edilmişdir. Sağlam uşaqlarla müqayisədə həmin uşaqlarda üz-çənə nahiyəsinin patologiyalarının yüksək faizi təyin edilmişdir. Bu məsələni nəzərə alaraq, həmin xəstələrə müvafiq müayinə və müalicə proqramları işlənilib hazırlanıqda premorbid patologiya nəzərə alınmalıdır.

Açar sözlər: premorbid patologiya, stomatoloji xəstəliklərin diaqnostika və müalicəsinin skrining – proqramı.

SUMMARY

Value of a premorbid pathology in drawing up of the screening-program of diagnostics and treatment of stomatologic diseases.

I.J.Musaev, A.S.Yuldashkhanova, Sh.M.Razzakov, U.J.Musaev.
State Medical Academy of South-Kazakhstan
Medical Academy of Tashkent. Uzbekistan

As a result of a planned dispensary observation at 264 children with diseases of the psychoneurological sphere, being in the specialised house-boarding school, accompanying somatic illnesses were diagnosed. The analysis of results of professional stomatologic survey has allowed to establish higher level of pathologies of dentoalveolar system at children with diseases of psychoneurological sphere in comparison with the healthy. In this connection at planning of drawing up of the screening-program of diagnostics and treatment of stomatologic diseases it is necessary to consider presence of a premorbid background of patients.

Key words: premorbid pathology, screening-program of diagnostics and treatment of stomatologic diseases

SİNİF 2, BÖLÜM 2 MALOKKLYUZİYASINDA ARTMIŞ DODAQ QÜVVƏSİ HESABINA GERÇƏKLƏŞDİRİLƏN MOLYAR DİSTALİZASIYASI.

Z.H.Novruzov, A.Köklü, M.B.Özel

Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq Stomatologiyası kafedrası, Azərbaycan
Ankara Universitetinin Ortodontiya kafedrası, Türkiyə
Qaradəniz Texnik Universitetinin Ortodontiya kafedrası, Türkiyə.



Sınıf 2 bölüm 2 malokklyuziyaları ilk dəfə 1899-cu ildə Dr. Edward Angle tərəfindən təyin edilmiş və cəmiyyətdə rast gəlinmə tezliyinin 1,5-7 % arasında olduğunu bildirilmişdir [1]. Sınıf 2 bölüm 2 malokklyuziyaları üst kəsici dişlərin retruziyası və mandibulyar kəsici dişlərin palatal singuluma təması, dolaşmasıyla azalmış overjet və artmış overbite ilə xarakterizə olunurlar. Çox vaxt üst mərkəzi kəsici dişlər retruziv, üst yan kəsici dişlər mesio-labial istiqamətdə rotasiyaya uğramış və qövsdən çıxmış vəziyyətdədir. Bəzən də üst mərkəzi və yan kəsici dişlərin birlikdə retruziyası, vestibulda qalmış üst köpək dişlər ilə birlikdə görülür [2].

Ekizlər üzərində aparılmış tədqiqatlardan, bu malokklyuziyanın etiologiyasının genetik xarakterli olduğu təyin edilmişdir. Bəzi tədqiqatçılar isə okklyuziya xəttinə görə yuxarıda yerləşmiş dodaq xəttindən qaynaqlı olabiləcəyini bildirmişlər [1].

Yumşaq toxuma və üst daimi kəsici dişlər arasındakı əlaqənin bu malokklyuziyanın yaranmasında və residiv verməsində etiolojik faktor olduğu düşünülür. Xüsusilə də artmış dodaq təzyiqi, labial əzələlərin hiperaktivasiyası və istirahət vəziyyətində üst dodaq xəttinin nisbətən yuxarıda yerləşməsi kimi vəziyyət mövcuddursa, yumşaq toxuma faktoru gözərdi edilməməlidir [2].

Sınıf 2 bölüm 2 malokklyuziyaların müalicəsi, üst molyar dişlərin distalizasiyası və ekstruziyası, üst kəsici dişlərin protruziyası və intruziyası kimi hərəkətlərlə dişləmin açılması daha sonra residivi nəzərə alaraq kəsici dişlərə normadan çox tork (overcorrection torque) verilərək həyata keçirilir.

Bu məqalədə sınıf 2 bölüm 2 malokklyuziyaya sahib, böyümə və inkişafı bitmiş bir xəstədə Lip-bumper istifadə edilərək üst molyar dişlərin distalizasiyasıyla həyata keçirilmiş müalicənin nəticələri və müalicə bitdikdən 2 il sonra olan nəticələr verilmişdir.

Xəstə Z.D. vestibulyar tərəfdə yerləşmiş köpək dişlərin verdiyi estetik gözəl olmayan görüntü şikayətiylə klinikaya müraciət etmişdir. Xəstə müraciət etdiyi zaman 11 il 10 ay xronoloji, 13 il sümük yaşına sahib və inkişafının 96 %-ni bitirmiş *Mp3cap* inkişaf mərhələsində olan bir qızıdır. Xəstə konveks bir profilə sahibdir və soykeçmişlə əlaqəli əhəmiyyətli bir məlumat yoxdur. Gicgah-çənə oynaqında patologiyaya rastlanılmamışdır.

Klinik intraoral müayinədə; posterior dişlərin sinif 2 əlaqədə olduğu görülmüşdür (Şəkil 1).



Şəkil 1

Overbite 5 mm, overjet 1 mm-dir. Ortopan-tomoqram rentgen şəklinin müayinəsində bütün 3-cü molyar diş mayalarının mövcud olduğu təyin edilmişdir. Model analizi nəticələrinə görə üst çənədə 11 mm, alt çənədə 2 mm yer əksikliyi problemi var. Sefalometrik analiz nəticələrinə görə xəstə sümük mənşəyli sinif 2 ($ANB=5^\circ$), retruziv üst kəsici, normal vəziyyətdə olan alt kəsici və artmış overbite-a zidd olaraq artmış $GoGn/SN$ bucağına sahibdir ($GoGn/SN=39^\circ$).

Müalicə

Xəstənin müalicəsinə, alt çənəyə Begg sabit müalicə texnika elementləri yerləşdirilməklə və üst 6 nömrəli dişlər bandlanaraq üst çənəyə lip-bumper uygulamqla başlanmışdır. Yəni üst molyar dişlərin distalizasiyası üçün, dərin dişləmlərdə artdığı bilinən dodaq qüvvəsindən isti-

fadə edilmişdir. Üst molyar dişlərin distalizasiyasıyla, diş çəkmədən üst diş qövsündəki yer darlığının aradan qaldırılması hədəflənmişdir. Alt çənədə 3 ayda səviyyələnmə (levelling) mərhələsi bitirilmiş, sonra 0.16 qara simə (Australian wire) keçilərək lip bumperdə olan qarmaqlardan alt molyar dişlərə 80 qram ağırlığında Sinif 2 rezinləri taxılmış, sonra rezin qüvvəsi 120 qrama qədər artırılmışdır. 6 ayda molyar dişlərin distalizasiyasıyla Sinif 1 əlaqəsi əldə edilmişdir. Bundan sonra üst çənədə də Begg sabit müalicə mexanikasıyla müalicəyə başlanmışdır (Şəkil 2). Müalicənin sonrakı



Şəkil 2

mərhələlərində həm üst həm də alt çənədə dikləşdirici zəmbərəklərdən, üst çənədə kəsici dişlər üçün xüsusi hazırlanmış tork qövsələrindən (palatinal kök torku) istifadə olunmuş və residivin qarşısını almaq üçün alt-üst kəsicilər arası bucağın kiçildilməsinə çalışılmışdır (Cədvəl 1). Xəstənin ümumi müalicə müddəti 1 il 6 aydır. Müalicənin sonunda xəstə 13 il 6 ay xronoloji, 15 il sümük yaşına sahib, *Mp3u* inkişaf mərhələsində və inkişafının 99%-ni tamamlamışdır (Şəkil 3).

Müalicə bitdikdən sonra okklyuziyanın



Şəkil 3

qorunması məqsədiylə ESSİKS aparatları düzəldilmişdir. Bunlar ilk 6 ay 24 saat, sonrakı 3 ay sadəcə gecələr, sonrakı 3 ay günəşırı şəklinə istifadə müddəti azaldılaraq tərk edilmişdir. Müalicə bitdikdən 2 il 2 ay sonra xəstədən təkrar materyal əldə edilmişdir (Şəkil 4). Bu

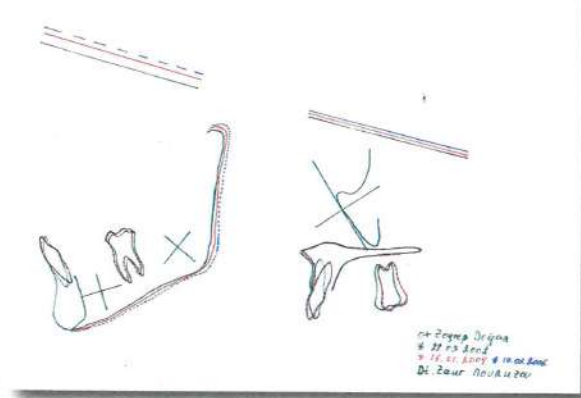


Şəkil 4

vaxt xəstə 15 il 8 ay xronoloji yaşa sahib və inkişafını bitirmişdir.

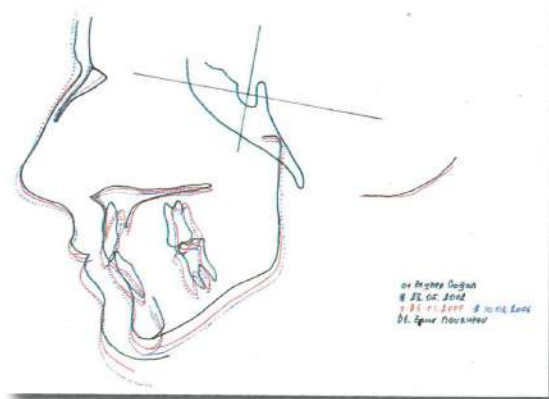
Müzakirə

Xəstənin müalicə başı, müalicə sonrası və retansiya sonrası Steiner sefalometrik analiz nəticələri Cədvəl 1 də verilmişdir. Nəticələrə görə SNA bucağının azalmasından qaynaqlı olaraq ANB bucağında azalma görülür ki, bu da üst kəsici dişlərdəki palatinal kök torkunun nəticəsidir. Björk kriteriyalarına görə həyata keçirilmiş maksillər lokal qarşılaşdırmada üst kəsici diş kökünün palatinal istiqamətdə hərəkət etdiyi görülür (Şəkil 5). Bu kök hərəkətinin də A nöqtəsinə sagittal istiqamətdə təsir etdiyi bilinir. Həm üst həm də alt kəsici dişlərdə protruziya görülmüşdür ki, üst kəsici protruziyasının tork qövsünün, alt kəsici protruziyasının isə sinif 2 elastiklərin təsiriylə yarandığını düşünürük. Dərin dişləmin açılması üçün kəsici diş protruziyası istənilən bir nəticədir. Yuxarıda qeyd etdiyimiz residivin qarşısının alınması üçün kəsici diş protruziyası və bunun nəticəsi olaraq kəsicilər arası bucağın kiçilməsinə ehtiyac olur. Xəstəmizin diş mənşəyli dərin dişləm



Şəkil 5

olmasına qarşı, sümük mənşəyli açıq dişləm sərhədində ($GoGn/SN=39^\circ$) olması da maraqlı göstəricidir. Müalicə müddətində xəstənin dik istiqamət bucağında bir artışı görülür ki, bu da üst molyar distalizasiyası və sinif 2 elastiklərin təsiriylə alt molyar dişlərdə yaranan ekstruziya nəticəsində baş vermişdir. Alt molyar dişlərdə yaranmış ekstruziya Björk kriteriyalarına görə aparılmış mandibulyar qarşılaşdırmada görülür. Retansiya mərhələsindəki $GoGn/SN$ bucağında 2° -lik azalmanın mandibula alt kənarında gedən yenidən formalaşmayla (remodelling) əlaqəli olduğunu düşünürük. Björk kriteriyalarına görə aparılmış total qarşılaşdırmada, həm müalicə, həm də retansiya vaxtı maksilla və mandibulanın bir-birlərinə uyğun şəkildə aşağı istiqamətdə hərəkət etdiyi görülür (Şəkil 6).



Şəkil 6

Cədvəl 1. Xəstənin Steiner sefalometrik analizi nəticələri

Ölçümlər	Norma Qiyməti	Müalicə Başı	Müalicə Sonrası	Retansiya Sonrası
SNA	82°	75°	73,5°	73,5°
SNB	80°	70°	70°	70°
ANB	2°	5°	3,5°	3,5°
I-NA	4 mm / 22°	1 mm / 5,5°	3,5 mm / 23,5°	3,5 mm / 23°
I-NB	4 mm / 25°	4 mm / 22°	7 mm / 30°	6,5 mm / 31°
Pg-NB	4 mm	3 mm	3 mm	3,5 mm
Holdaway fərqi	0 mm	1 mm	4 mm	3 mm
I/I	131°	148°	122°	125°
Occ/ SN	14°	21°	22°	21°
GoGn/ SN	32°	39°	42°	41°
Yumşaq toxuma analizi	0 mm / 0 mm	-3 / -4 mm	-1.5 / -1	-2.5 / -2

NƏTİGƏ

Xəstənin müalicəsi; maksilyar molyar dişlərin distalizasiyası, mandibulyar molyar dişlərin ekstruziyası, maksilyar və mandibulyar kəsici dişlərin protruziyasıyla gerçəkləşdirilmişdir.

Yəni sinif 2 bölüm 2 malokklyuziya müalicə alternativlərinin bir neçəsi həyata keçirilmişdir ki, bu da residivin olmaması üçün bir qarantiyadır.

ƏDƏBİYYAT

1. Ruf S., Pancherz H. Class II division 2 malocclusion: Genetics or environment? A case report of monozygotic twins. Angle Orthod. 1999; 69: 321-324
2. Grant T.M. Declan T.M. Lip shape and position in Class II division 2 malocclusion. Angle Orthod. 2006; 737-742

РЕЗЮМЕ

**ДИСТАЛИЗАЦИЯ МОЛЯРА ЗА СЧЕТ ПОВЫШЕННОЙ СИЛЫ ГУБ В
МАЛЪОККЛЮЗИЯХ 2 КЛАСС 2 ПОДКЛАССА.**

З.Г.Новрузов, А.Кеклю, М.Б.Озел

Азербайджанский медицинский университет, кафедра детской стоматологии. Азербайджан

Университет Анкары, кафедра ортодонтии. Турция

Технический Университет Карадениз, кафедра ортодонтии. Турция

Мальюккклюзии 2 класс 2 подкласса характеризуются ретрузией верхних резцов и небным контактированием нижних резцов, а также уменьшенным overjet и увеличенным overbite-ом.

В этой статье дано лечение пациента с 2 класс 2 подклассом за счет дистализации моляра. Лечение пациента начинается цементированием на 6-ые зубы верхней челюсти и надеванием на них LIP-BUMPER-а и применением несъемной техники BEGG на нижней челюсти.

Для дистализации моляра используют губную силу, которая повышается при глубоком прикусе.

Дистализацию провели до получения 1 класса соотношения моляров. После этого приступили к лечению несъемной техникой и на верхней челюсти. За 1,5 года лечение было успешно завершено.

Повышенная губная сила может использоваться как альтернативный метод дистализации моляра у пациентов с глубоким прикусом.

Ключевые слова: 2 класс 2 подкласс Angle, сила губы, глубокий прикус.

SUMMARY

**Molar Distalisation by the Utility of Lip Tonus for the Treatment of a Class II
Division 2 malocclusion: A Case Report**

Z.H.Novruzov, A.Koklu, M.B.Ozel

Azerbaijan Medical University, Department of Paediatric Stomatology. Azerbaijan

Ankara University, Department of Orthodontics. Turkey

Karadeniz Technical University, Department of Orthodontics. Turkey

Class II division 2 malocclusion is usually characterized by the overeruption of the permanent mandibular incisors that occlude to the posterior of the cingulum plateau of retroclined permanent maxillary central incisors. This results with reduced or "hidden" overjet and a pronounced overbite. The molar distalisation procedure of a patient with C1 II division 2 malocclusion has been described in this case report.

The treatment was initiated by the application of a Lip Bumper on the upper jaw through the upper first molar teeth and Begg fixed appliances in the lower arch. This was done in order to use the tonus of the upper lip which has been reported to be increased in deep overbite cases. The upper molar teeth have been distalised until bilateral class 1 molar relationships have been accomplished. After then, fixed appliance treatment was initiated in the upper arch and the orthodontic treatment was finished successfully in an overall period of 1 year and 6 months.

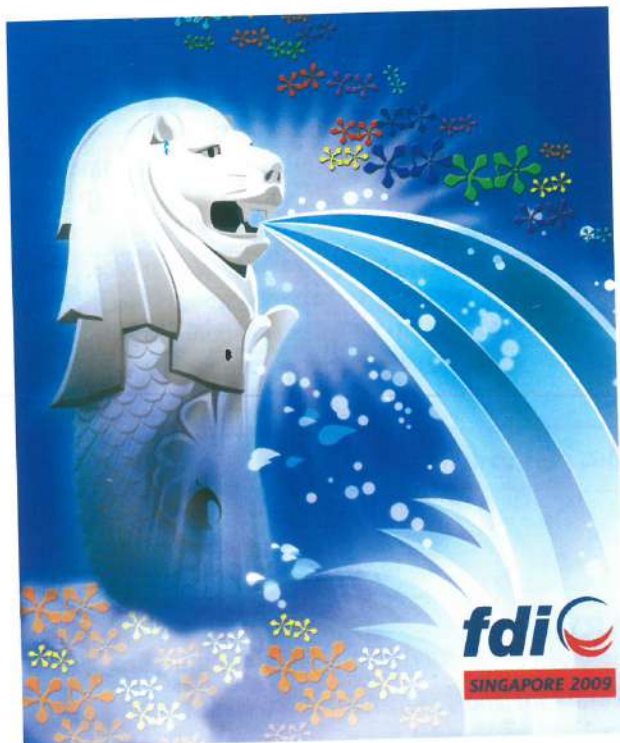
The usage of increased upper lip tonosity may be a treatment option for upper molar distalisation for the treatment of deep bite cases.

Key Words: Angle class II division 2, lip force, deep bite

FDI Annual World Dental Congress

2-5 September

Singapore 2009



2-5 сентября 2009 года в Сингапуре состоялся ежегодный Всемирный Конгресс Стоматологов. Всемирный Конгресс и Экспозиция состоялись в Suntec Singapore International Convention & Exhibition Centre.



На заседании Генеральной Ассамблеи

Церемония открытия Конгресса прошла 2 сентября.

Научная программа Конгресса была представлена докладами ведущих ученых мировой стоматологии.

Работа на Конгрессе проходила по нижеследующим тематикам: Международное развитие здоровья полости рта; Вспомогательная роль в ведении нового пациента; Управление поведением детей на стоматологическом приеме; Зубы для жизни-минимум вмешательства в практике; Лазеры в стоматологии; Забота о полости рта у амбулаторных и стационарных пожилых пациентов; Оптимизированная лицевая эстетика



Дружеская встреча с Президентом FDI д-ром Бартоном Конродом и его семьей

посредством интегральной ортодонтии-ортогнатическое управление; Имплантаты в эстетической зоне-современные концепции для достижения успеха и предсказуемости; Ожирение и здоровье полости рта у детей и подростков. Как



В зал вносят флаг Азербайджана

изменения образа жизни поражают здоровье полости рта и здоровье в целом; Биомаркеры слюны; Цифровые технологии в клинической стоматологии; Генетическая проба и иммунотерапия для диагностики и лечения инфекционных заболеваний полости рта.

4 сентября был дан Гала-ужин в честь участников Конгресса.

Увлекательная социальная программа включала обзорные экскурсии по городу с осмотром исторических и культурных достопримечательностей Сингапура.

Делегация Азербайджанской Стоматологической Ассоциации участвовала на заседании Генеральной Ассамблеи FDI, где широко обсуждались директивные документы для всех стоматологов мира и по многим из них были приняты соответствующие резолюции: в частности резолюция по гиперчувствительности дентина; дополнена ранее принятая резолюция по ВИЧ инфекции и заболеваниям крови, резолюция по отбеливающим материалам и многие другие.

На Генеральной Ассамблеи в серьезной конкуренции состоялись выборы Президент-Электа. Азербайджанская делегация поддержала кандидатуру доктора Orlando Monteiro da Silva-Portugal. Мы поздравляем нашего друга с почетным избранием и желаем больших успехов.

Состоялось торжественная церемония инаугурации вступившего в свою деятельность нового Президента FDI-доктора Roberto Vianna, Brazil.

До скорой встречи Salvador da Bahia в сентябре 2010 года.

Алиева С.Я.



На бухте у берегов Индийского океана, в центре-член
Правления ERO-FDI, директор НИИАМС, д-р Садовский В.В

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

К.А.Мусаева, Р.Н.Нигматов

Ташкентская медицинская академия, кафедра ортопедической
стоматологии и ортодонтии. Узбекистан

Анализ литературных данных свидетельствует о том, что заболевания внутренних органов и систем сопровождается изменениями в тканях ротовой полости. В ряде случаев они предшествуют основным симптомам, в других случаях – протекают параллельно [1,2].

Вместе с тем постоянно возрастает (до 5-8% в год) численность пациентов, страдающих хроническим пиелонефритом, являющимся результатом острого процесса, мочекаменной болезни (МКБ), и развивающимся вторично на фоне патологии других органов и систем.

В зависимости от особенностей течения и частоты обострений хронический пиелонефрит рано или поздно приводит к сморщиванию почки, развитию нефрогенной гипертонии или пионефроза, а при двухстороннем процессе – к хронической почечной недостаточности и уремии.

В развитии хронического пиелонефрита ведущим является гематогенное инфицирование: микробные клетки оседают в сосудистых петлях почечных клубочков, что приводит к нарушению проницаемости сосудистых стенок и трофики ткани с последующими деструктивными изменениями стенок канальцев. Именно эти морфологические изменения (нарушение микроциркуляции с облитерацией мелких сосудов, деформация чашечно-лоханочной системы, сморщивание почки, избыточное развитие соединительной ткани и жировое перерождение) – необратимы и приводят к нарушению функциональной способности почек, нарушаются все виды обмена, в

конечном счете, приводят к остеопорозу, остеосклерозу и другим изменениям в организме.

Целью исследования явилась оценка стоматологического статуса больных хроническим пиелонефритом.

Объектом научного исследования явились 57 человек в возрасте от 45 до 60 лет, из них 38 женщин и 19 мужчин. Все обследованные были разделены на 2 группы. Первую группу представляли пациенты хроническим пиелонефритом в количестве 42 человек (13 мужчин и 29 женщин). Исследования проводились на базе отделения нефрологии 3 клиники Ташкентской Медицинской Академии. Вторую группу (контрольную) составили 15 практически здоровых лиц (6 мужчин и 9 женщин).

Методы исследования

Для оценки состояния органов полости рта клинико-стоматоскопическое обследование больных проводилось по общепринятой схеме. Результаты обследования заносились в специальную карту, разработанную сотрудниками кафедры, и вводились в специальную программу «Стоматолог» на ЭВМ.

Обращалось внимание на сроки возникновения клинических изменений твердых и мягких тканей полости рта, их взаимосвязь с началом и последующим течением основного заболевания. Выяснялась причина и давность потери зубов, состояние жевательного аппарата. При исследовании органов полости рта определяли топографию дефектов зубных рядов и его про-

тяженность, наличие антагонизирующих зубов, состояние твердых тканей зубов, слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта, оценивали окклюзионную поверхность зубных рядов. Выясняли, оказывалась ли ранее ортопедическая стоматологическая помощь, ее эффективность, срок и режим пользования зубными протезами, а также оценивали количество зубных протезов.

При внешнем осмотре обращали внимание на конфигурацию лица, соотношение высоты средней и нижней трети лица, наличие деформаций, состояние мягких тканей, проводили пальпацию подбородочных и шейных лимфатических узлов.

Осмотр ротовой полости начинали с его преддверия. При этом особое внимание уделялось состоянию десен – их окраске, отеку, атрофическим и гипертрофическим изменениям, кровоточивости. Обращали внимание также на выраженность и место прикрепления уздечек губ и языка, глубину преддверия полости рта. Проводили определение глубины патологических зубодесневых карманов опорных зубов.

При диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта мы придерживались классификации А.И. Рыбакова и Г.Н. Банченко (1978), а для протезных стоматитов – классификации С.А. Зуфарова (1981).

Для более детального изучения СОПР проводились стоматоскопическое исследование при помощи люминесцентного фотодиагностоскопа (модель-611) и операционного микроскопа (модель-178), увеличивающего объекты наблюдения от 4 до 25 раз.

Степень атрофии альвеолярных отростков оценивали по классификации В.Ю. Курляндского (1977). Болезни пародонта классифицировали согласно рекомендации XVI Пленума Всесоюзного общества стоматологов.

Исследуя слизистую оболочку полости рта под большим увеличением, мы обращали внимание на степень просвечиваемости подлежащих сосудов, равномерность цвета, наличие кератоза. При осмотре поверхности слизистой оболочки нижней губы и твердого неба обращали внимание на состояние мелких слюнных

железок. При стоматоскопическом исследовании уточняли диагноз и характер течения патологии тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта. Для объективной оценки пародонтологического статуса больных хроническим пиелонефритом использовали индексы: гигиены полости рта (ОНИ – S), КПУ (состояние зубов), КПИ (комплексный периодонтальный индекс).

Данные о состоянии твердых и мягких тканей полости рта, полученные в результате обследования, сопоставлялись с данными контрольной группы.

Результаты исследования и их обсуждение.

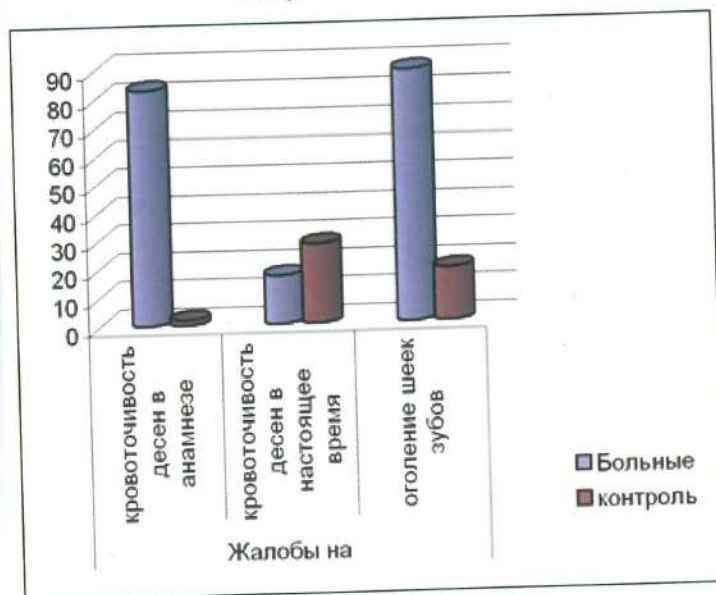
При выявлении жалоб у лиц основной группы было отмечено, что 85,5±0,71% из них отмечают быстрое развитие рецидивного кариеса, малый срок службы пломб (особенно из композиционных материалов), безболезненное течение кариозного процесса, что сдерживает вероятность своевременного обращения к стоматологу. Также больных с хроническим пиелонефритом беспокоит оголение шеек зубов (88,7±0,81), в контрольной группе этот показатель составил (18,6±1,01).

По рисунку №1 наглядно видно, что ведущей жалобой у пациентов с хроническим пиелонефритом является оголение шеек зубов, но так как процесс протекает безболезненно, пациенты попадают на прием к стоматологу в запущенном состоянии, жалобы на кровоточивость десен в группе больных в 1,6 раза меньше, чем в контрольной группе, что также сдерживает обращение к стоматологу.

При стоматологическом осмотре у всех участников был выявлен неудовлетворительный уровень гигиены полости рта: ОНИ – S у лиц основной группы – 3,28±0,12, в контрольной группе – 1,96±0,08 (различия статистически достоверны, $p < 0,001$).

При изучении индекса КПУ выявлено, что хронический пиелонефрит (основная группа) протекает при более интенсивном КПУ – 12,9±0,4, относительно лиц контрольной группы – 7,3±0,4 разница статистически достоверна ($p < 0,001$).

Рисунок №1



При детальном рассмотрении компонентов индекса КПУ выявлено, что при практически равной встречаемости пломбированных зубов (компонент «П») в основной и контрольной группах, в основной группе значительно больше кариозных и удаленных зубов, соответственно компонентов «К» и «У» (рис. 2)

Из рисунка 2 видно, что в основной группе больше кариозных зубов (К), и удаленных (У) относительно контрольной. Учитывая, что основная и контрольная группы сопоставимы по возрасту и полу, можно констатировать, что хронический пиелонефрит протекает с более быстрым развитием кариозного процесса.

Изучение пародонтального статуса по индексу КПИ позволило установить, что у 100±3,28% больных хроническим пиелонефритом имеются изменения в тканях пародонта. Легкая степень тяжести пародонтита (КПИ = 2,0±0,12%), была диагностирована в 13,64±0,78%, средняя (КПИ = 2,95±0,05) – в 53,03±0,23%, тяжелая (КПИ = 4,0±0,09) – в 33,33±0,53%.

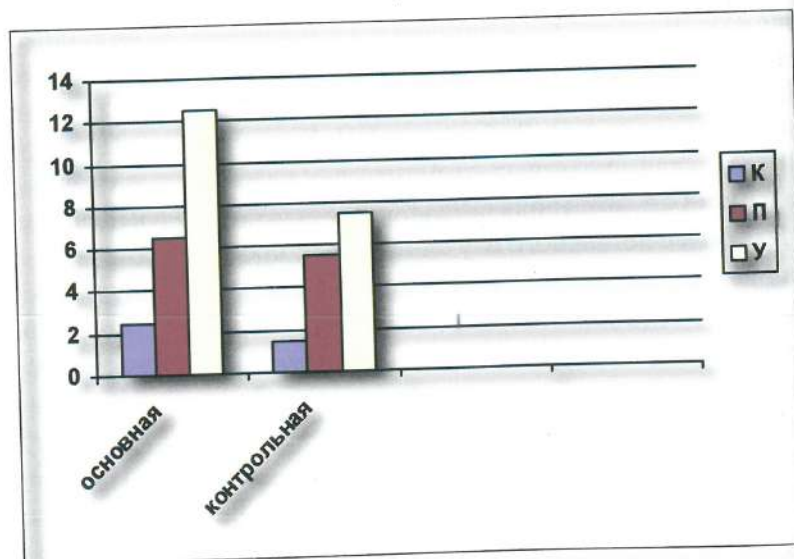
В контрольной группе распространенность заболеваний тканей пародонта составила: лег-

кая степень тяжести – 32±0,79%, средняя – 12±1,12%, тяжелая степень отсутствовала – 0±6,15%, зато преобладали случаи риска развития заболеваний пародонта – 56±0,44% (рис.3).

Таким образом, распространенность степеней тяжести заболеваний пародонта была неодинаковой в обеих группах: в основной группе чаще отмечались средняя и тяжелая степени тяжести, а в контрольной преобладали легкая степень тяжести и риск к заболеванию (степень достоверности $p < 0,001$), что можно наблюдать на рис. №3.

Суммируя результаты проведенного исследования, можно утверждать, что заболевания пародонта на фоне хронического пиелонефрита имели выраженный воспалительно-дистрофический характер, выраженность болевого синдрома была низкой, а кровоточивость десен отмечалась редко, но присутствовала в анамнезе.

Рисунок №2



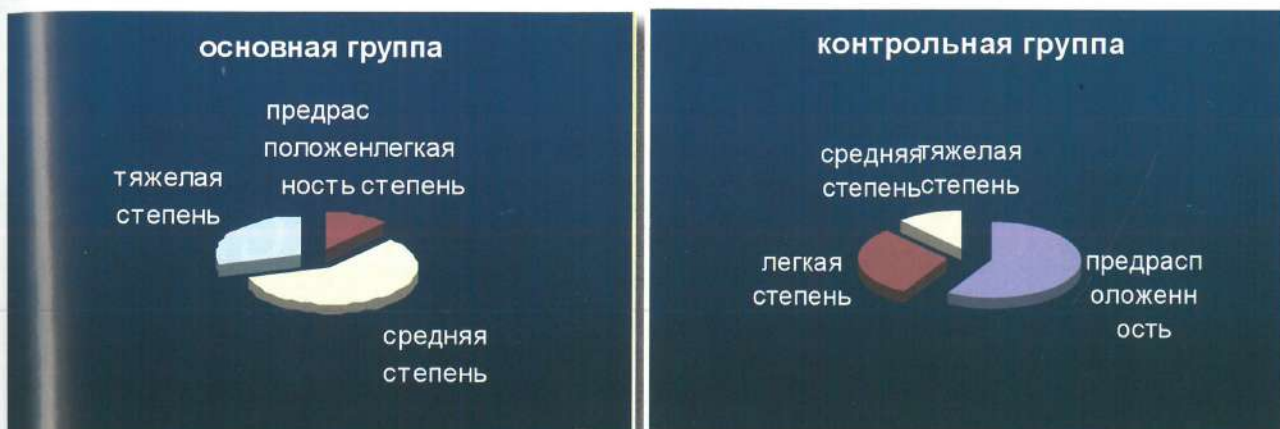
При стоматоскопическом исследовании определялись гиперемия слизистой оболочки, ее отечность, петехии и эрозии. Отечность слизистой оболочки зависела от времени суток, более выраженная утром, постепенно спадающая ко второй половине суток. При осмотре на слизистой языка отмечались отпечатки зубов, обильный мягкий налет, атрофия

сосочков языка. Межзубные сосочки отечны и отстают от шеек зубов. Изменения слизистой оболочки сопровождались изменениями твердых тканей зубов, так почти у половины больных отмечались патологическая стираемость зубов, атрофия альвеолярного отростка, сопровождающаяся оголением шеек зубов, кариозный процесс протекает быстро, но практиче-

заболеваний пародонта отмечалась гораздо чаще.

Индекс КПУ показал, что показатели удаленных и кариозных зубов выше таковых у лиц контрольной группы, при практически равном количестве пломбированных зубов в обеих группах. Кроме того, у пациентов с ХП часто отмечалось оголение шеек зубов.

Рисунок №3



ски безболезненно, что отодвигало своевременное обращение к стоматологу. Изменения как со стороны твердых тканей полости рта, так и слизистых оболочек зависели от степени нарушения функции почек и были более выражены у пациентов с длительностью заболевания свыше 3 лет.

Изучение пародонтального статуса позволяет отметить, что у больных хроническим пиелонефритом имеются изменения в тканях пародонта. Так, при почти равном процентном содержании легкой и тяжелой степени тяжести у больных с ХП, средняя степень тяжести

Выводы:

1. Оценка стоматологического статуса больных хроническим пиелонефритом показало, что имели место изменения как со стороны твердых тканей зубов, так и со стороны тканей пародонта.

2. Выявленные по ходу исследования характерные изменения твердых тканей и слизистой оболочки полости рта должны быть учтены при выборе конструкции протеза, сроков исполнения ортопедического лечения, слепочных материалов и методик снятия слепков.

Список использованной литературы:

1. Луцкая И.К. Проявления в полости рта хронической почечной недостаточности / Настоящее и будущее последипломного образования: материалы респ. науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию БелМАПО. -2006. -Т.: 2. -с. 239-241.
2. Олиферко Д.С. Характеристика стоматологического статуса у больных хронической почечной недостаточностью /Д.С. Олиферко // Достижения молодых ученых – майбутнє медицини: материалы науч.-практ.конф. молодых ученых – Харьков – 2005 – с. 68-69.
3. Клар С. Почки и гомеостаз в норме и при патологии. М; 1987; 448.
4. Мирошников В.М. Важнейшие проблемы урологии. М; 2004; 240.
5. Москаленко О.А. Состояние органов полости рта у больных хронической почечной недостаточностью при лечении их гемодиализом и трансплантации почки. //Автореферат канд.дис. мед. наук – Кемерово, 1995 – с. 24.



AZERBAIJAN STOMATOLOGY



5-ci YUBİLEY AZƏRBAYCAN BEYNƏLXALQ STOMATOLOGİYA SƏRGİSİ



22-24 Sentyabr 2010

YENİ MƏKANDA – BAKI EKSPONAT MƏRKƏZİ

www.stomatology.az

Təşkilatçılar



Iteca Caspian LLC (Bakı)
Tel.: +994 12 447 47 74
Faks: +994 12 447 85 58
E-mail: healthcare@iteca.az
www.iteca.az

III Avropa stomatoloji konqresi



9-11 dekabr 2009-cu il tarixdə Ukraynanın paytaxtı Kiyevdə Ukraynanın Stomatoloji Konqresi keçirilmişdir. Bu tədbirə ERO-FDİ-in təşəbbüsü ilə keçirilən Avr-opanın III Stomatoloji Konqresi (3rd Pan-European Dental Congress) qatılmışdır. Təşkilatçılar: Ukrayna Stomatoloji Assosiasiyası (Prezident - prof. Kosenko K.N.), Stomatoloji Maarifləndirmənin Beynəlxalq Assosiasiyası (İADP), Təhsilin və Maarifləndirmənin Avropa Akademiyası (İNEP).

Qeyd etmək lazımdır ki, belə konqreslər artıq ənənəyə çevrilmişdir. Avropanın I Stomatoloji Konqresi 2007-ci ildə Moskvada (Rusiya), II isə Türkiyə Stomatoloji Assosiasiyasının 100 illiyinə təsadüf etmiş-

2008-ci ildə İstanbulda keçirilmişdir.

Kiyevdə keçirilmiş tədbir isə öz həcminə görə obirisilərdən fərqlənmişdir. Ekspertlərin fikrincə bu işdə Beynəlxalq Təşkilat Komitəsinin sədr - cənab V.V. Sadovski, (Rusiya) və Beynəlxalq Təşkilat Komitəsinin elmi sədri prof. Aleks Merzelin (İsrail) təşkilatçılığı böyük rol oynamışdı. Məhz onların təşəbbüsü ilə Avropanın ilk beş stomatoloji konqreslərinin Mərkəzi və Şərqi Avropada keçirilməsi barədə FDİ-ERO qərar qəbul etmişdir. Bu isə öz növbəsində Qərblə Şərqi Avropa arasında stomatologiya səviyyələri arasındakı fərqin aradan götürülməsinə xidmət edəcək.

Konqresin keçirilməsinə Ukraynanın aparıcı tibbi stomatoloji təşkilatları cəlb edilmişdir.



MDB ölkələrinin stomatoloji assosiasiyalarının rəhbərləri brifinqdə

Onlardan: Ukrayna Tibb Elmləri Akademiyasının Stomatologiya İnstitutu (Odessa şəhəri, direktor - Ukrayna Tibb Elmləri Akademiyasının müxbir üzvü, prof. Kosenko K.N.), Diplomdan sonrakı təhsil üzrə Milli Tibb Akademiyasının Stomatologiya İnstitutu (Kiyev şəhəri, direktor – prof. Pavlenko A.V.),

Macarıstan, İsveçrə, Belçika, Lixtenşteyn, Braziliya, Livan, İran, Azərbaycan, Belarus, Ukrayna və Rusiya kimi ölkələrin aparıcı mütəxəssisləri konqresin işində iştirak etmişlər. Səkkiz simpoziumdan aşağıdakılar sadalana bilər: Ortopedik stomatologiya (sədrilər – prof. Vjekoslav Jerolimov - Xorvatiya; prof. Nespry-



Konqresin açılışı: çıxış edir beynəlxalq təşkilat komitəsinin sədri Dr. Sadovskiy V.V.

A.A. Boqomolts adına Milli Tibb Universiteti (Kiyev şəhəri, rektor - Ukrayna Tibb Elmləri Akademiyasının müxbir üzvü, prof. Moskalenko V.F.), Ukraynanın digər profil üzrə assosiasiyaları.

Konqresin işində MDB və xarici ölkələrdən 2500-dən çox stomatoloq iştirak etmişdir.

ERO-FDI prezidenti Dr. Patrik Xeskot tədbir iştirakçılarına salamlayaraq, demişdir: “Gələcəyin stomatoloqu rəqabət şəraitində xidmət göstərməyi bacarmalıdır, müalicə və müalicədən sonrakı tədbirləri tam şəkildə həyata keçirməlidir”. Bu məqsədə uyğun olaraq konqresin səkkiz klinik simpoziumu keçirilmişdir.

Ümumilikdə 58 mühazirə oxunmuşdur, onlardan 32-i əcnəbi mühazirəçilər tərəfindən. Amerika, Almaniya, Fransa, İsrail, İtaliya,

adko V.P. və prof. Makeev V.F. - Ukrayna); konservativ stomatologiya (sədrilər – prof. Eli Raviv – Kanada; prof. Beloklitskaya Q.F. - Ukrayna); endodontiya (sədrilər - prof. Taner Yucel – Türkiyə; prof. Politun A.M. - Ukrayna); dental implantasiya (sədrilər - prof. Regina Mericske – Stern; Dr. Uqrin M.M. və prof. Malançuk V.A. - Ukrayna); stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası (sədrilər – prof. Denis Bourgeois – Fransa; prof. Xomenko L.A. – Ukrayna); estetik stomatologiya (sədrilər – prof. Georg Meyer – Almaniya, Dr. Radlinski S.V. – Ukrayna); ortodontiya (sədrilər - prof. Andrej Zentner – Almaniya; prof. Flis P.S., Dr. Draqomiretskaya M.S. - Ukrayna).

Bunların içində menecment və təhsilin elektron versiyaları üzrə simpozium da böyük maraqla qarşılanmışdır (sədrilər - prof. Jonat-

han Mann - İsrail; prof. Pavlenko A.V., prof. Mazur İ.P. - Ukrayna).

Konqresin hörmətli qonaqlarından FDI-in eksprezidenti – Dr. Mişel Arden (Belçika) və Rusiya Tibb Elmləri Akademiyasının akademiki V.K. Leontyev (Rusiya) olmuşlar.

Konqres çərçivəsində MDB ölkələrinin stomatologiya sahəsinin liderləri ilə brifinq keçirilmişdir. Brifinqdə iştirak etmişlər: akad. Leontyev V.K. (Rusiya), Dr. Sadovski

V.V. (Rusiya), Ukrayna Tibb Elmləri Akademiyasının müxbir üzvü prof. Kosenko K.N. (Ukrayna), prof. Pavlenko A.V. (Ukrayna), prof. Əliyeva R.Q. (Azərbaycan), prof. Qarayev Z.İ. (Azərbaycan), prof. Leus P.A. (Belarus), prof. Temirbayev M. (Qazaxıstan), prof. Lupin İ. (Moldova) və başqaları.

COLGATE kompaniyası FDI –in ali tədbirlərindəki kimi burada da Qlobal Partner şəklində çıxış etmişdir. Konqresin başqa bir Qlobal Partneru da Ukraynanın MEDVIN kompaniyası olmuşdur. Həmin kompaniya



Təntənəli banket zamanı: sağda prof. Beloklitskaya Q. (Ukraina)

Ukraynada böyük stomatoloji sərgilərin keçirilməsi ilə məşhurdur.

Platin Partnerləri kimi aşağıda adları çəkilmiş iri beynəlxalq stomatoloji kompaniyalar çıxış etmişlər: Dentsply, Sirona, Kerrhave, Geistech, U-Impl, Dentaurum.

Qızıl Partnerlər - Zila, Vital EBB, Heraeus, Titanium Fix, Gümüş Partnerlər isə - Vivax Dent, Vita, ST Microscopia və başqaları olmuşlar.

Müxtəlif simpoziumların partnerləri kimi həmçinin məşhur olan stomatoloji kompaniyaların adlarını çəkmək olar: İvöclar Vivadent, R.O.C.S., Tekscan və s.

Yekun olaraq qeyd etmək lazımdır ki, konqresin işində böyük nəticələr əldə olunmuşdur. Bu möhtəşəm tədbirdə bütün iştirakçılar elmi və reklam xarakterli ətraflı yeniliklər mənimsədilər. Konqresin təşkili və elmi proqramı çox yüksək səviyyədə idi.

Beləliklə Avropanın IV stomatoloji konqresində görüşənədək. Harada? Çox güman ki, Polşa və ya Qazaxıstanda. Bunu səs vermə həll edəcək.



Kiyev qışında gəzinti: solda prof. Temirbayev M. (Qazaxstan)

SPEE ƏYRİSİ DƏRİNLİYİ İLƏ OVERBAYT ARASINDAKİ ƏLAQƏ

Kıymet Saniç

Azərbaycan Tibb Universiteti, uşaq stomatoloqiyası kafedrası

Spee əyrisi anlayışı ilk dəfə 1890-cı ildə Ferdinand Qraf fon Spee tərəfindən ortaya atılmışdır. İnsan kəlləsinin profili, əsasən, aşağı və irəliyə doğru olub, mandibulyar dişlərdəki çökük kurvaturun maksiler dentisyadakı kəsicilərdən molyarlara uzanan qabarıq kurvatur ilə uyğunlaşması şəklində təyin olunmuşdur (1).

Kliniki olaraq mərkəzi kəsicilərin kəsici kənarları və ön posteriordakı dişin distal marjinal sərhədlərindən keçən əyri olaraq göstərilməkdədir (1,2).

Müasir ortodontiya və diş həkimliyində Spee əyrisi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Ancaq Spee əyrisinin funksional əhəmiyyəti, meydana çıxma səbəbi, orto-dontik cəhətdən düzəldilərkən lazımlı olan yer ehtiyacı tam olaraq bilinməməkdədir.

Total protezlərdə stabilliyin təmin edilməsinin implant dəstəkli protezlərin müvəffəqiyyətə çatmasında kritik bir əhəmiyyəti vardır (3). Total protezlərdə diş tuberkul yüksəkliyi, okluzal müstəvi, kəsici rəhbərliyi, kondiler rəhbərliyin Spee əyrisi ilə uyğunlaşmasının təmin edilməsi bilateral artikulyar balansın meydana gəlməsində lazımlıdır. Optimal dental stabilliyinin Spee əyrisi yaradılaraq təmin edilə biləcəyi düşünülməkdədir (4). Protezlərdəki ling təsirinin formalaşmaması və daha yaxşı bir çeynəmə üçün Spee əyrisinin diqqətə alınması təklif edilir (1).

Spee (1) bu əyrinin mandibulanın çeynəmə əsnasındakı irəli-geri hərəkətlərində dişlərin kontakt halının davam etdirilməsində ən təsirli model olduğunu ifadə etməkdədir. Andrev (5) normal okluzyanın altı xüsusiyyətini təsbit etmişdir. Bu xüsusiyyətlərdən biri də Spee



dəriniyidir. Andrev düz görünüşlü, düz və yüngül maili Spee əyrilərinin olduğunu, düz okluzyalı müalicə edilməmiş 120 şəxs üzərindəki təcrübəsi haqqında hesabat vermişdir. Maksillaya görə mandibulyar böyümənin daha çox olması və nisbətən yaşlı insanlarda müşahidə olunması səbəbi ilə üst anterior dişlər və dodaqlar tərəfindən alt

anterior dişlərə geri və yuxarıya doğru təzyiq edilməsiylə alt anterior dişlərdə yer darlığı artmaqdadır. Overbayt artarkən Spee əyrisi dərinləşməkdədir. Ön yaxşı interkuspidasianın okluzal müstəvinin düz olduğunda meydana gəldiyini bildirmişdir. Alim zaman içərisində əyrinin dərinləşmə meyli mandibulyar kəsici dişlərdə yer darlığına səbəb olan dərinləşmə meylinə olduğunu müdafiə etmişdir. Okluzal müstəvinin düzəldilməsi (xüsusilə over-treatment şəklində) müalicə hədəfi kimi qəbul etməkdədir.

Trouten və həmkarlarına (6) görə Spee əyrisi skelet balanssızlıqlarında dentoalveolar tarazlaşdırma kimi meydana gəlməkdədir. Açıq bağlama vəziyyətlərində mənfi, dərin bağlamalarda isə dərin bir Spee əyrisi olduğu bildirilir. Dərin Spee əyrisi ilə səciyyələndirilmə dərin bağlama malokkluziyalarının müalicəsində Spee əyrisinin düzəldilərək dərin bağlamanın azaldılması çox əhəmiyyətli-dir. Yüngül bir Spee əyrisi çənə hərəkətlərində yaxşı bir kəsici əlaqəsini və posterior okluzyanı təmin edir.

Artikulyar eminensin mailiyyi, kəsici vertikal overlap, molyar tuberkul yüksəkliyi və posterior kontakt miqdarı dişlərin sagittal müstəvidəki morfoloji nizamını təmin edir. Tarazlaşdırılmış okluzal funksiya Spee əyrisi və bu xüsusiyyətlər

arasındaki qarşılıqlı təsir ilə təmin edilər (7).

Hal-hazırda Spee əyrisinin yeməklərin çeynənməsində biomexanik funk-siyaya sahib olduğu, çeynəmə əsnasında okluzal qüvvələrin məhsuldarlığını çoxaldaraq, posterior dişlər arasında kəsib qoparma və əzmə nisbətini artırdığı bildirilir (8,9). Baragard və Ozborn (9) Spee əyrisinin anatomiyasının mandibulyar morfologiya və çeynəmə qüvvəti ilə əlaqəli olduğunu, mandibulyar molyarların uzun əkslərinin iş əsnasında əzələ qüvvətini ən təsirli hala çevirəcək istiqamətdə maillənmiş olduğunu bildirirlər.

Ortodontiya praktikasında Spee əyrisinin düzəldilməsi anterior intruziya, posterior ekstruziya və ya ikisinin kombinasiyası ilə davamlı həyata keçirilməkdədir (10). Bu səbəblə Spee əyrisi dərinliyinin qiymətləndirilməsi ortodontik diaqnoz və müalicə baxımından kritik əhəmiyyətə malikdir (11). Bir neçə alim levelingin (səthin düzəldilməsinin) əlavə ark uzunluğu tələb etdiyini irəli sürməkdədir (11,12,13). Daha çox diqqətə cəlb edilən ayrılmanın olduğu dentisiyaların düzəldilməsi daha çox yer tələb edir (12). Baldrige (13), Braun (10) və həmkarları arq ətrafı ilə leveling miqdarı arasında doğru əlaqə olduğunu tapmışlar. Spee əyrisi dərinliyi ilə ark ətrafını düzəltmək üçün lazım olan miqdar arasında 1:1-ə nisbətindən daha az bir faiz olduğunu təxmin etməkdədirlər. Buna qarşı Germane və həmkarları (11) iki dəyişən arasında linear əlaqə olmadığını ortaya qoyurlar. Woods (14) alt kəsiciləri ayrı bir seqment kimi qəbul edir, beləcə bukkal seqmentdən müstəqil olaraq intruziya və ya ekstruziya edilə biləcəyini irəli sürür. Bu səbəblə Spee əyrisinin levelingində ark boyunun artması lazım olmadan, anterior dişlərin intruziyası ilə formalaşdırıldığını ifadə etməkdədir. Braun və həmkarları bu işi kompyuter texnologiyası ilə təsdiqləmişdirlər (11). Həddindən artıq Spee əyrisi deepbayt malokklyuziyaları ilə əlaqəlidir. Təsadüfi hərəkətlərdə uyğun kəsici əlaqəsi və posterior okkluziyayı təmin etmə yüngül bir əyri tələb etməkdədir (15). Schudy (16) deepbayt və dərin Spee əyrisinin molyarların ekstruziyası ilə düzəldil-

məsini müdafiə edir; çünki anterior dişlərin intruziyasında relaps potensialı yüksəkdir.

Ortodontiya təcrübəsində Spee əyrisinin düzəldilməsinin davamlı həyata keçirilməsinə baxmayaraq ark uzunluğu ilə Spee əyrisi dərinliyi arasındakı əlaqə ilə bağlı tədqiqat işi çox azdır (11). Kraniofasial morfologiyanın Spee əyrisinə təsirləri mövzusunda bir neçə araşdırma vardır, ancaq nəticələri bir-biri ilə uyğun deyildir (17,18). Malokkluzion növləri və Spee əyrisi haqqında məlumatlar lazımdır. Spee əyrisinin yer darlığı, overjet, overbayt, dento-fasial strukturlar, malok-luzion növləri, yaş, cinsiyyət ilə əlaqəsi, radiusu, şəkli, tarazlaşdırılmasında istifadə edilən metodlar və bunun mandibulyar ark boyu təsirləri mövzusunda məlumatlarımız olsa da, qeyri-kafidir.

Mövcud tədqiqatın məqsədi:

-Spee əyrisi dərinliyi ilə overbayt arasındakı əlaqə,

-Yaş və cinsiyyətin Spee əyrisi dərinliyinə təsirini təyin etməkdir.

Vəsait və üsul

İş Səlcuq Universiteti Dış Həkimliyi Fakültəsi Ortodontik müalicə məqsədi ilə müraciət etmiş fərdlərin müalicəsindən əvvəl əldə edilmiş iş modelləri üzərində icra edilmişdir.

İşimizdə 11 və 40 yaşlar arası, 93-ü kişi, 133-ü qadın olmaqla cəmi 226 fərdə aid diaqnoz modelləri araşdırılmışdır. Fərdlərin cinsiyyəti, overbaytın təsni-fatı və yaş qrupları cədvəl 1-də göstərilmişdir. Openbayt qrupunda 30 qadın, 16 kişi - cəmi 46, normal bayt qrupunda 38 qadın, 18 kişi - cəmi 56, Deepbayt qrupunda 65 qadın, 59 kişi - cəmi 124 fərd olmaqla 226 tədqiqata cəlb edilmişdir.

Qeydlər seçilərkən bu meyarlara diqqət edilmişdir:

1.Üçüncü daimi azı dişlər istisna olmaqla digər bütün dişləri tamamlanmış və sağlam dişlərə sahib olan fərdlər;

2.Çox ciddi çürük və ya maddə itkisinə məruz qalmamış fərdlər;

3.Dişlərin ölçülərinə təsir edəcək şəkildə bərpa edilmiş dişlərə malik olmayan fərdlər;

4. Arxa tərəfdə Spee əyrisinin formasına təsir edəcək səviyyədə mürəkkəb diş quruluşuna malik olmayan fərdlər;

5. Dodaq və ya damaq yarığı kimi dentofasiyal anomaliyaya malik olmayan fərdlər;

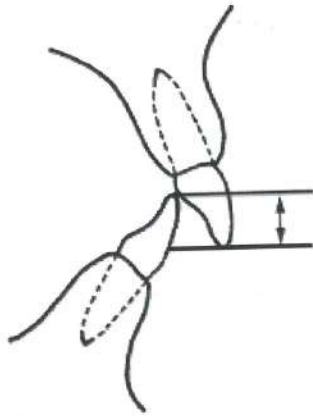
6. Sağ və ya sol arxa nahiyyədəki dişlərinin həmçinin qövs simmetriyası pozulmamış fərdlər;

7. Çənə-üz qismində ciddi bir travma olmayan fərdlər;

8. Mövcud çalışma Spee dərinliyinin ölçülərinə birbaşa təsir edəcək, ifrat də-rəcədə dəyişikliyə məruz qalmayan arxadan kənar dişlərə malik olmayan şəxslər üzərində aparılmışdır.

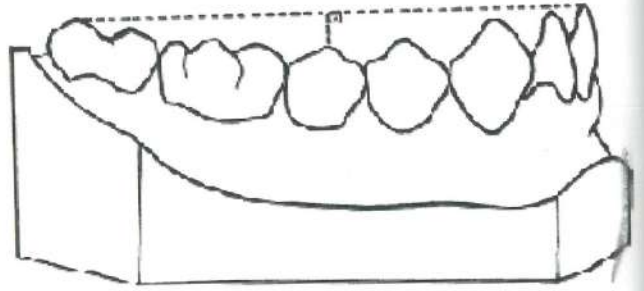
Çalışma modelləri üzərindəki ölçülər 0.01 mm həssaslığa malik dijital kumpasdan (mitotoyo, japan) istifadə edilərək həyata keçirilmişdir. Araşdırma əsnasında aşağıdakı ölçmələr yerinə yetirilmişdir:

-Overbayt : Alt və üst kəsici dişlərin kəsici kənarları arasındakı şaquli müstəvidəki məsafə (**ŞƏKİL 1**),



-Spee əyrisi dərinliyi : Mandibulyar dental modellərin sağ və solundan Spee əyrisinin dərinliyi ölçüldü və bu iki dəğərin ortalaması alındı. Mərkəzi kəsicinin kəsici kənarından ən arxadakı ikinci molyar dişin mərkəzdən uzaq (distobukkal) tuberkul təpəsinə uzanan düz müstəviyə perpendikulyar olan ən dərin tuberkul təpəsi məsafəsi dərinlik olaraq qəbul edildi (**ŞƏKİL 2**)

Overbayt miqdarına görə insanları üç qrupa ayırdıq:



1. Openbayt: Overbayt miqdarı 0 mm-dən kiçik olan şəxslər (overbayt < 0 mm),

2. Normalbayt: Overbayt miqdarı 0 mm ilə 3 mm arasında olan şəxslər ($0 \leq \text{overbayt} \leq 3$ mm),

3. Deepbayt: Overbayt miqdarı 3 mm-dən böyük olan şəxslər (overbayt > 3 mm).

Səhvin yoxlanılması və ölçmə həssaslığının təsbit edilməsi

Araşdırma qrupuna daxil edilən və təsadüfi seçilmiş 30 şəxsə aid model ölçmələri eyni araşdırmaçı tərəfindən (KS) 1 ay sonra təkrar həyata keçirilmişdir. Araşdırma əsnasında tətbiq olunan ölçmələrə aid təkrarlanma koefisiyenti qrup daxili qarşılıqlı əlaqə koefisiyentləri hesablanaraq əldə edilmişdir. 0.96-0.98 həcmində təsbit edilən təkrarlanma koefisiyentlərinin yüksək olduğu ortaya çıxmışdır.

Statistik metod

Məlumatlar ortalama $\pm$ standart kənara çıxma və faiz şəklində ümumiləşdirildi. Cinsiyyət nisbətinin müqayisəsi əsnasında ke-kare testi tətbiq olunmuşdur. Sayla bağlı məlumatların qruplar arası müqayisəsi zamanı bölgünün normal olduğu məlumatlarda (Spee dərinliyi) t testi, ANOVA və Tukey HSD testləri tətbiq edildi. Bölgünün normal olmadığı (yaş, overjet) durumlarda isə Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis Testi və Post Hoc olaraq Bonferroni düzəltməli U testindən istifadə olundu. Sayla bağlı məlumatların əlaqəsinin müəyyənləşdirilməsində Spearman ko-relyasiya koefisiyentindən istifadə edildi. 0.05-dən kiçik p dəyərləri müsbət qəbul edildi.

Nəticələr

Təşkil edilən qruplar arasında yaş fərqi yoxdur ($p>0.05$). Bənzər şəkildə qruplardakı cinsiyyət nisbətləri arasında da fərq yoxdur ($p>0.05$) (Cədvəl 1).

Cədvəl 1. Tədqiqatda üzərində müşahidə aparılmış fərdlərin overbayt qruplandırmasına görə cinsiyyət və yaş dağılımı

Overbayt qrupu	Kişi	Qadın ^a	Cəmi	Yaş (Ort±SS) ^b
1. Openbayt	16	30	46	16.3±3.7
2. Normalbayt	18	38	56	16.2±3.9
3. Deepbayt	59	65	124	16.2±4.1

^a $p>0.05$

^b $p>0.05$

Overbayt ($z=2.154$, $p<0.05$) Spee əyrisi dərinliyi ($t=2.26$, $p<0.05$) cinsiyyətə görə fərq meydana gətirməkdə idi. Kişilərdə dəyərlər daha dərinidir. Spee əyrisinin dərinliyi deepbayt qrupunda digər ikisindən fərqli ($p<0.01$) olaraq openbayt və normalbayt qrupları arasında fərq yoxdur ($p>0.05$) (Cədvəl 2).

Cədvəl 2. Qrup və cinsiyyətə görə Overbayt və Spee əyrisi dəyərləri (Ortalama ± Standart sapma)

Dəyişən	n	Overbayt	Spee əyrisi dərinliyi
Qrup			
Openbayt	46	-2.66±1.41	1.50±0.62
Normalbayt	56	1.38±1.04 ^a	1.76±0.59
Deepbayt	124	5.27±1.57 ^{ab}	2.51±0.72 ^{ab}
Cinsiyyət			
Erkek	93	3.53±12.17	2.26±0.82
Kadın	133	1.36±10.51 ^c	2.02±0.78 ^c

^a Openbaytə görə $p<0.05$

^b Normalbaytə görə $p<0.05$

^c Kişilərə görə $p<0.05$

Spee əyrisi dərinliyi ilə overbayt arasında ümumi hesabda orta dərəcədə müsbət bir pozitiv əlaqə vardır ($rs=0.599$, $p<0.001$). Overbayt artdıqca Spee əyrisi dərinliyi artmaqdadır.

Overbayt ilə yaş arasında əlaqə yox ikən ($p>0.05$), Spee əyrisi dərinliyi ilə yaş müsbət ancaq zəif bir əlaqə vardır ($rs=-0.215$, $p<0.01$) Spee əyrisi dərinliyi ilə openbite və normalbite arasında əlaqə təsbit edilmədiyi halda Spee əyrisi dərinliyi ilə deepbayt arasında müsbət bir pozitif əlaqə vardır ($rs=0.353$, $p<0.001$). Deepbayt artdıqca Spee əyrisi dərinliyi də artmağa davam edirdi (Cədvəl 3).

Cədvəl 3. Yaş, overbayt və Spee əyrisi dərinliyi arasındakı qarşılıqlı əlaqə

	Dəyişən	Overbayt	Spee əyrisi
1. qrup	Yaş	0.144	-0.059
	Spee əyrisi	0.208	
2. qrup	Yaş	-0.505***	-0.385**
	Spee əyrisi	-0.004	
3. qrup	Yaş	-0.049	-0.244**
	Spee əyrisi	0.353***	
Cəmi	Yaş	-0.062	-0.215**
	Spee əyrisi	0.599***	

** $p<0.01$ *** $p<0.001$

Müzakirə

Mövcud tədqiqatın nəticələri nəzərdən keçirildikdə Spee əyrisi dərinliyi ilə overbayt arasında orta dərəcədə müsbət bir pozitiv əlaqə, yaş ilə müsbət ancaq zəif bir əlaqə, cinsiyyətə görə də kişilərdə dərinliyin artması müşahidə olunmaqdadır.

Ənənəvi olaraq Spee əyrisinin dərinliyi gips modellər və ya bu modellərdən çəkilən dijitə fotoqraflar, lateral sefalometrilər üzərində pərgar və ya dijitə caliper və ya koordinat ölçən cihazla, üçyönlü optik digitizers (3D) ilə ölçülə bilər (12,19,20, 21). Mövcud araşdırmada elektronik pərgarla gips modellər üzərində sadə və birbaşa ölçmə yerinə yetirildi.

Elmi ədəbiyyatda Spee əyrisinin ölçülməsi ilə əlaqədar ortaqlar bir fikir mövcud deyildir. Marshall və həmkarları (22) alt mərkəzi dişin kəsici kənarında ikinci molyarın distsobukkal tuberkul təpəsinə çəkilən çizgiyə, sağ və soldakı

ən dərin bukkal tuberkul təpəsindən çəkilən dikmələrin məcmunun ortalamasından istifadə etmişdir. De Praeter və həmkarları (22) alt modellərin sağ tərəfində, mərkəzi dişin kəsici kənarından birinci molyarın distal tuberkul təpəsinə çizgi çəkmişlər. Lateral dişin kəsici kənarından, kanin tuberkul təpəsindən, premolyar və birinci molyarın mezyobukkal tuberkulundan bu çizgiyə çıxılan dikmələrin cəmi Spee əyrisinin dərinliyi olaraq qəbul etmişdirlər. Mövcud araşdırmada sağ və soldakı sanral dişin insisal kənarından ikinci molyarın tuberkul təpəsinə çəkilən hətta şaquli olan ən dərin tuberkul təpəsi məsafələrinin ortalamasından istifadə etdik.

Spee əyrisinin ən dərin yerinin alt birinci molyarın mezyo bukkal tuberkulunun olduğunu bildirmişdirlər (3, 21). Koyomaya (23) görə, ən dərin nöqtə ikinci premolyardadır. Təqdim etdiyimiz araşdırmada Spee əyrisinin ən dərin yeri ümumən birinci molyarın mezyobukkal tuberkulu olmuşdur.

Spee əyrisinə yaş və cinsiyyətin hər hansı bir təsirinin olmadığı bildirilməkdədir (8, 15, 24). Carter və McNamara (25) müalicədən əvvəl alınan dental modellər üzərində aparılan ölçmələrdə qadınlar və kişilər arasında Spee əyrisi dərinliyinin fərqli olmadığı qənaətinə gəlmişdirlər. Bishara (26) çəkmədən edgewise metodu ilə həyata keçirilən müalicədən sonrakı mərhələdə baş verən dəyişikliklərin qadınlarda və kişilərdə eyni şəkildə cərəyan etdiyini bildirmişdir. Dusekə görə, kişi-lərdə və gənc kimsələrdə Spee əyrisi daha dərinidir (27). Bəzi tədqiqatçılar cinsiyyətlər arasında fərqlilik olduğunu bildirmişdirlər (12,28). Mövcud çalışmada Spee əyrisinin cinsiyyətlər arasında fərq ortaya çıxmaqda, Dusek, Braun və Schmidh, De Praeter və digər tədqiqatçıların gəldikləri nəticələrə uyğun olaraq kişilərdə bunun daha dərin olduğu müşahidə olunmaq-

dadır. Baydaş və hmk. (20) Spee əyrisinin dərinliyi ilə yaş arında önəmli kolerasiya olmadığını qeyd etmişdir. Bizim tədqiqatda yaş artdıqca Spee əyrisi dərinliyi dəyişmediyi müşahidə olunmuşdur.

Kəsərlərin həddindən artıq sürməsi maksilla və mandibula əvəzindəki fərqliliklərdən meydana çıxmaqdadır (28). Shanon və hmk. (15) overbayt ilə Spee əyrisinin dərinliyi arasında pozitiv qolerasiya qeyd etmişdir. Anterior dişlərin şaquli stopları olmadığında diş erupsiyonları davam edərək əyrinin anterior bölümünü dərinləşdirməkdədir (15). Baydaş və hmk. (20) Spee əyrisinin dərinliyi ilə overbayt arasında üzvi bağlılıq tapmışdılar. Dərin speeli qrupdakı overbayt, normal və düz spee qruplarından daha uzundur. Overbayt Spee əyrisinin dərinliyi ilə pozitiv korelasyonludur. Apardığımız araşdırma əsnasında bu çalışmaya bənzər nəticələr əldə edərək Spee əyrisi dərinliyi ilə overbayt arasında pozitiv əlaqənin mövcud olması təsbit edilmişdir. Overbayt artdıqca Spee əyrisinin dərinliyi də artmaqdadır.

Dərin Spee əyrisi deepbayt malokkluziyaları və brakifasial vücuda malik olan xəstələr ilə əlaqələndirilir (29,30). Dusek (27) lateral sefalometrilə apardığı tədqiqatda Spee əyrisinin Sınıf II bölüm 2 xəstələrində ən dərinliyə malik olduğu, sonra Sınıf II bölüm 1 və Sınıf I xəstələrinin gəldiyini Sınıf III xəstələrində isə nisbətən daha kiçik olduğunu bildirmişdir. Xüsusilə sklet və dişlə bağlı Sınıf III xəstələrindəki Spee əyrisinin digər sınıflara görə daha az olduğunu bildirilmişdir (31). Bizim də araşdırmamızın nəticələri yuxardakı iki araşdırmanın nəticələrini təsdiq edir. Malokkluziya xarakterinə uyğun olaraq Sınıf III və Openbite xəstələrində azalan overbayt Sınıf II, bölüm 2 və Sınıf II bölüm 1 xəstələrində artan overbayta paralel olaraq Spee əyrisinin dərinliyi dəyişməkdədir.

NƏTİCƏ

Araşdırmanın nəticəsinə görə bu məlumatlar əldə olunmuşdur:

1. Spee əyrisi dərinliyi ilə overbayt arasında pozitif əlaqə vardır. Overbayt artdıqca Spee əyrisi dərinliyi də artmaqdadır.
2. Spee əyrisi dərinliyi cinsiyyətə görə fərqli ola bilər. Kişilərdə dəyərlər daha dərinidir.
3. Yaş ilə Spee əyrisi dərinliyi arasında bağlılıq təsbit edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Spee FG. The gliding path of the mandible along the skull. J Am Dent Assoc. 1980;100:670-5.
2. Hitchcock HP. The curve of Spee in Stone Age man. Am J Orthod. 1983; 84:248-53.
3. Xu H, Suzuki T, Muronoi M, Ooya K. An evaluation of the curve of Spee in the maxilla and mandible of human permanent healthy dentitions. J Prosthet Dent. 2004;92:536-9.
4. Hanau RL. Articulation defined, analyzed and formulated. J Am Dent Assoc 1926; 8: 1694-709.
5. Andrews FL. The six keys to normal occlusion. Am J Orthod 1972;62:296-309.
6. Trouten JC, Enlow DH, Rabine M, Phelps AE, Swedlow D. Morphologic factors in open bite and deep bite. Angle Orthod. 1983;53:192-21.
7. Ash MM, Nelson SJ. Wheeler's dental anatomy, physiology and occlusion. 8th ed. St Louis: Elsevier; 2003.
8. Farella M, Michelotti A, van Eijden TM, Martina R. The curve of Spee and craniofacial morphology: a multiple regression analysis. Eur J Oral Sci. 2002;110:277-81.
9. Baragar FA, Osborn JW. Efficiency as a predictor of human jaw design in the sagittal plane. J Biomech. 1987; 20:447-57.
10. Braun S, Hnat WP, Johnson BE. The curve of Spee revisited. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1996;110:206-10.
11. Germane N, Staggers JA, Rubenstein L, Revere JT. Arch length considerations due to the curve of Spee: a mathematical model. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1992;102:251-5.
12. De Praeter J, Dermaut L, Martens G, Jagtman AMK. Long-term stability of the leveling of the curve of Spee. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2002;121:266-72.
13. Baldridge DW. Leveling the curve of Spee: its effect on the mandibular arch length. J Pract Orthod. 1969;3:26-41.
14. Woods M. A reassessment of space requirements for lower arch leveling. J Clin Orthod. 1986;20:770-778.
15. Shannon KR, Nanda RS. Changes in the curve of Spee with treatment and at 2 years posttreatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2004;125:589-96.
16. Schudy FF. The control of vertical over bite in clinical orthodontics. Angle Orthod. 1968;38:19-38.
17. Orthlieb JD, Slavicek R. Geometrische interpretation der Spee kurve. Z Stomatologie 1985;82:1-18.
18. Orthlieb JD. The curve of Spee: understanding the sagittal organization of mandibular teeth. Cranio 1997;15:333-40.
19. AlQabandi AK, Sadowsky C, BeGole EA. A comparison of the effects of rectangular and round arch wires in leveling the curve of Spee. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1999;116:522-9.
20. Baydas B, Yavuz I, Atasaral N, Ceylan I, Dağsuyu IM. Investigation of the changes in the positions of upper and lower incisors, overjet, overbite, and irregularity index in subjects with different depths of curve of Spee. Angle Orthodon. 2004; 74:349-55.
21. Cheon SH, Park YH, Paik KS, Ahn SJ, Hayashi K, Yi WJ, Leeg SP. Relationship between the curve of Spee and dentofacial morphology evaluated with a 3-dimensional reconstruction method in Korean adults. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2008;133:640.e7-640.e14.
22. Marshall SD, Tuberkulersen M, Hardinger RR, Franciscus RG, Aquilino SA, Southardf TE. Development of the curve of Spee. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2008;134:344-52.
23. Koyoma T. A comparative analysis of the curve of Spee (lateral aspect) before and after orthodontic treatment with particular reference to overbite patients. J Nihon Univ Sch Dent 1979;21:25-34.
24. Garcia R. Leveling the curve of Spee: a new prediction formula. J Tweed Found 1984;13:65-72.

25. Carter GA, McNamara JA. Longitudinal dental arch changes in adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1998;114:88-99.
26. Bishara S, Jakobsen J, Treder J, Stasi M. Changes in the maxillary and mandibular tooth size-arch length relationship from early adolescence to early adulthood. A longitudinal study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1989;95:46-59.
27. Dusek MW. The Curve of Spee: A Search for Causation [master's thesis]. Memphis, Tenn: University of Tennessee; 2000.
28. Braun ML, Schmidt WG. Cephalometric appraisal of the curve of Spee in Class I and Class II, Bölümision 1 occlusion for males and females. *Am J Orthod* 1956;42:255-78.
29. Wylie WL. Overbite and vertical facial dimensions in terms of muscle balance. *Angle Orthod* 1944;19:13-7.
30. Björk A. Variability and age changes in overjet and overbite. *Am J Orthod* 1953;39:779-801.
31. Ghezzi F, Drago E, De Thomatis P, Zallio F. Profondita della curva di spee in rapporto a FMA, FH, ANB e classe dentale. *Mondo Ortod*. 1991;16:73-6.

РЕЗЮМЕ

Взаимосвязь между глубиной кривой Шпее и глубоким прикусом.

Киймет Санич

Азербайджанский медицинский университет. Кафедра стоматологии детского возраста.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи между глубиной кривой Шпее и глубоким прикусом, а также такими факторами как возраст больного и пол. Для этого использовали гипсовые модели 226 пациентов (133 человека женского и 93 человека мужского пола в возрасте от 11 до 40 лет). Глубина кривой Шпее и глубокого прикуса замерялись на моделях. Нами была выявлена статистически достоверная связь между глубиной кривой Шпее и глубоким прикусом. Этот показатель был более выражен у лиц мужского пола. Также исследование показало, что нет статистически достоверной связи между этим фактором и возрастом больного.

Ключевые слова: кривая Шпее, глубокий прикус.

SUMMARY

Relationship between the depth of the curve of Spee and over bite

Keymet Sanich

Azerbaijan Medical University, department of baby dentistry

The aim of this study was to investigate the relationship between the depth of the curve of Spee over bite, age and sexes. The material consisted dental casts of 226 untreated subjects, 133 females and 93 males, aged 11 to 40 years. The depth of curve of Spee and over bite were measured direct on dental casts. Finally, Statistically significant correlations were found between the depth of curve of Spee and over bite. It was found that the depth of curve of Spee was directly proportional to over bite. The depth of curve of Spee was deeper in males. The results showed that there were no statistically significant differences in age.

Key Words: Curve of Spee; Overbayt.

ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ОТ НОЗОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ЛЮДЕЙ

А.И. Исмаилов

Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра профилактики стоматологических заболеваний.

В последнее время проблема стоматологического здоровья умственно отсталых людей (УОЛ) в Российской Федерации приобретает все больший интерес со стороны общественного здравоохранения (Байжанов Б.Б., 1980). Многие негосударственные медицинские организации наравне с государственными учреждениями уже применяют программы для улучшения стоматологического статуса УОЛ (Корчагина В.В., Дьякова С.В., Лильин Е.Т., 1996). Являясь неотъемлемой частью общего здоровья, стоматологическое здоровье УОЛ характеризуется не только отсутствием стоматологического заболевания. Факторами риска, влияющим на состояние полости рта этой группы населения, наряду с плохим оказанием самопомощи и самогигиены, отношением к УОЛ со стороны стоматологов (Леус П.А. 2000), некоторые авторы называют побочный эффект пожизненной коррекции основного невропатического лечения (В.А.Райский, 1988; S.Pearlman et al., 2001). Такие проблемы часто усугубляются в условиях специальных учреждений, в бюджетных учреждениях, где нередко нелегко преодолеть препятствия на пути организации профессионального стоматологического обслуживания (Корчагина В.В., Морозова Н.В., 2001). Для того, чтобы определить насколько отличается стоматологический статус УОЛ от здорового человека были проведены ряд исследований, одним из которых было количественно/качественное



изучение состояния тканей пародонта.

Целью исследования явилась оценка состояния тканей пародонта в зависимости от основного нозологического диагноза умственно отсталых людей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 115 УОЛ в возрасте от 18 до 64 лет, проживающих в Московском специализированном психоневрологическом интернате №16. Все добровольцы - пациенты были разделены на 4 группы: 1 гр. - «18 до 25 лет», 2 гр. - «26 до 33 лет», 3 гр. - «34 до 41 года» и 4 гр. - «42 года и старше». В свою очередь в каждой возрастной группе выделяли подгруппы согласно нозологическому диагнозу пациентов. Была использована категоризация умственной отсталости в соответствии с Международной Классификацией Болезней 10 (МКБ-10). Так, каждая возрастная группа подразделялась на подгруппы с легкой умственной отсталостью (ЛУО), умеренной умственной отсталостью (УУО), тяжелой формой (ТУО).

Для оценки состояния тканей пародонта использовали индекс CPI (ВОЗ, 1997).

С помощью специального пуговчатого зонда проводили зондирование зубо-десневой борозды в области 17, 16, 11, 26, 27, 36, 37, 31, 46, 47 зубов в 3-4 точках с вестибулярных, контактных и язычных поверхностей.

Оценку проводили по следующим критериям:

- 0 – здоровые ткани;
- 1 – кровоточивость, наблюдаемая во время или после зондирования;
- 2 – зубной камень;
- 3 – патологический карман глубиной 4-5 мм;
- 4 – патологический карман глубиной 6 мм и более.

X – исключенный секстант, если в нем было меньше двух зубов

Степень поражения тканей пародонта у каждого обследуемого определяли наивысшим кодом, зарегистрированным в том или ином секстанте, а также общим количеством пораженных секстантов. Затем по этим данным рассчитывали средние показатели интенсивности отдельных патологических признаков и количество пораженных секстантов пародонта на одного обследованного.

Результаты проведенного исследования показали, что среднее количество здоровых секстантов уменьшалось в каждой возрастной группе в зависимости от изменения диагноза.

При обследовании УОЛ, проживающих в специализированном интернате №16 г.

Москвы, установлено, что распространенность заболеваний пародонта колеблется от 33,8% в возрасте 18-25 лет (группа 1) до 82,1% у людей старше 42 лет (группа 4). Для определения состояния тканей пародонта в каждой возрастной группе определяли коммунальный пародонтальный индекс (CPI) (Табл. 1).

Проведенный осмотр показал, что количество здоровых секстантов пародонта с возрастом уменьшается: от $3,0 \pm 1,1$ секстантов в возрасте 18-25 лет (группа 1) до $0,6 \pm 0,49$ ($p > 0,5$) секстанта у лиц старше 42 лет (группа 4).

Количество секстантов с кровоточивостью увеличивается в возрасте 18-25 лет с $2,6 \pm 0,6$ (группа 1) до $3,1 \pm 0,47$ ($p < 0,01$) в возрастной группе 26-33 года (группа 2), но, затем, снижается. У лиц старше 42 лет (группа 4) он составляет $0,4 \pm 0,39$ ($p > 0,5$).

Иная динамика возрастных изменений наблюдалась в секстантах с зубным камнем. Их количество с возрастом увеличивалось от $0,25 \pm 0,01$ секстантов в 18-25 лет (группа 1) до $1,8 \pm 0,33$ ($p < 0,05$) у лиц старше 42 лет (группа 4). Сходная картина отмечена в секстантах с пародонтальными карманами. Их количество с возрастом также увеличивается

Таблица 1

Показатель индекса CPI в различных возрастных группах

Группы	Секстанты пародонта				
	Интактные	С кровоточивостью	с зубным камнем	с пародонтальными карманами (4-5мм)	исключенные
1	$3,0 \pm 1,1$	$2,6 \pm 0,6$	$0,25 \pm 0,01$	$0,05 \pm 0,02$	$0,1 \pm 0,33$
2	$1,6 \pm 0,5$ ($p < 0,001$)*	$3,1 \pm 0,47$ ($p < 0,01$)	$0,6 \pm 0,29$ ($p > 0,5$)	$0,5 \pm 0,40$ ($p > 0,5$)	$0,2 \pm 0,2$ ($p > 0,2$)
3	$2,1 \pm 0,95$ ($p > 0,5$)	$2,7 \pm 0,86$ ($p > 0,5$)	$0,5 \pm 0,33$ ($p > 0,5$)	$0,1 \pm 0,10$ ($p > 0,5$)	$0,6 \pm 0,33$ ($p > 0,1$)
4	$0,6 \pm 0,49$ ($p > 0,5$)	$0,4 \pm 0,39$ ($p > 0,5$)	$1,8 \pm 0,33$ ($p < 0,05$)	$0,9 \pm 0,18$ ($p > 0,5$)	$2,3 \pm 0,54$ ($p > 0,05$)

* p – по сравнению с контрольной группой

от $0,05 \pm 0,02$ секстантов в возрасте 18-25 лет (группа 1) до $0,9 \pm 0,18$ ($p > 0,5$) секстантов у лиц старше 42 лет (группа 4). С возрастом увеличивается количество исключенных секстантов. Начиная от $0,1 \pm 0,33$ секстанта в 18-25 лет (группа 1), этот показатель увеличивается до $2,3 \pm 0,54$ ($p > 0,05$) секстантов у лиц старше 42 лет (группа 4).

Во всех возрастных группах среднее количество здоровых секстантов пародонта уменьшалось по мере снижения интеллекта (Рис. 1).

Так, в 1 группе среднее количество здоровых секстантов у пациентов с легким снижением интеллекта составило $5,0 \pm 0,57$; у лиц с умеренной умственной отсталостью $CPI = 3,7 \pm 0,5$ ($p < 0,05$); у пациентов с тяжелой

чество секстантов с кровоточивостью. Так, у лиц с легкой степенью умственной отсталости (группа 1) среднее число секстантов с кровоточивостью составило $0,88 \pm 0,6$. У пациентов с умеренным снижением интеллекта данный показатель равен $1,69 \pm 0,44$ ($p > 0,5$). При тяжелой умственной отсталости $2,17 \pm 1,05$ ($p > 0,5$). В группе 2 у пациентов с легкой умственной отсталостью количество секстантов с кровоточивостью составило $1,92 \pm 0,4$; у лиц с умеренной умственной отсталостью он равен $3,80 \pm 0,47$ ($p < 0,01$); при тяжелой умственной отсталости, соответственно, $3,2 \pm 1,5$ ($p > 0,2$).

У лиц 3 возрастной группы наблюдалась обратная зависимость: среднее значение числа секстантов с кровоточивостью несколько уменьшалось с утяжелением нарушений интеллекта и составило $3,0 \pm 2,0$ при легком снижении; $2,67 \pm 0,86$ ($p > 0,5$) при умеренном снижении и $2,33 \pm 0,95$ ($p > 0,5$) при тяжелом снижении интеллекта.

В группе 4 количество секстантов с кровоточивостью у лиц с легкой умственной отсталостью

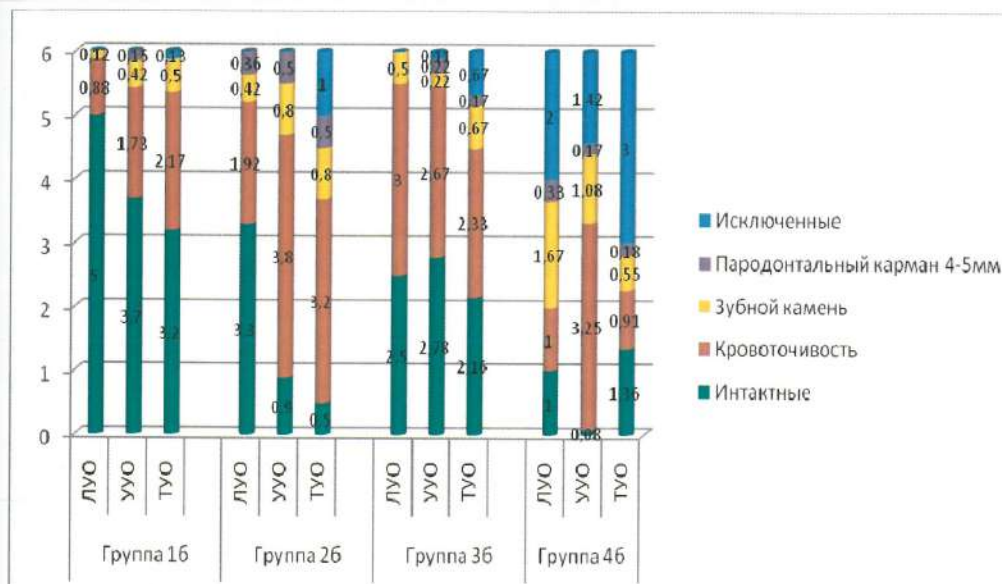


Рис 1. Величина индекса CPI в зависимости от степени умственной отсталости пациентов.

умственной отсталостью $CPI = 3,2 \pm 1,1$ ($p > 0,1$).

Во 2 возрастной группе (группе 2) этот показатель составил, соответственно, $3,3 \pm 0,6$; $0,9 \pm 0,4$ ($p < 0,01$); $0,5 \pm 0,5$ ($p < 0,001$). В группах 3 и 4 явной связи количества здоровых секстантов от глубины снижения интеллекта не отмечено.

В возрастных группах 1 и 2 со снижением интеллекта пациентов увеличивается коли-

чество секстантов с кровоточивостью. Так, у лиц с легкой степенью умственной отсталости (группа 1) среднее число секстантов с кровоточивостью составило $0,88 \pm 0,6$. У пациентов с умеренным нарушением интеллекта и равно $3,25 \pm 0,59$ ($p > 0,2$); наименьшее число таких секстантов обнаружено у пациентов с тяжелой умственной отсталостью. Оно составило $0,91 \pm 0,49$ ($p > 0,5$).

Аналогичная закономерность наблюдается и в изменениях количества секстантов с зубным камнем. У группы 1, имеющих легкую

степень снижения интеллекта среднее число секстантов с зубным камнем составило $0,12 \pm 0,01$; при умеренной умственной отсталости данный показатель равен $0,42 \pm 0,17$ ($p < 0,05$); при тяжелых нарушениях – $0,5 \pm 0,33$ ($p > 0,1$). Во второй возрастной группе 2 у пациентов с легким снижением интеллекта количество секстантов с зубным камнем равно $0,42 \pm 0,19$, при умеренной умственной отсталости данный показатель равен $0,80 \pm 0,29$ ($p > 0,5$); при тяжелых поражениях – $0,8 \pm 0,5$ ($p > 0,5$). У лиц группы 3 при легком снижении интеллекта среднее число секстантов с зубным камнем равно $0,5 \pm 0,5$; у пациентов с умеренной умственной отсталостью он равен $0,22 \pm 0,15$ ($p > 0,5$); при тяжелых нарушениях данный показатель составил $0,67 \pm 0,33$ ($p > 0,5$). В группе 4 при легкой умственной отсталости количество секстантов с зубным камнем равно $1,67 \pm 0,33$, при умеренном снижении интеллекта – $1,08 \pm 0,43$ ($p > 0,1$); при тяжелой умственной отсталости, соответственно – $0,55 \pm 0,28$ ($p < 0,05$).

В группе 1 среднее число секстантов с пародонтальными карманами глубиной 4-5 мм не обнаружено. При умеренном снижении – $0,15 \pm 0,12$ ($p > 0,1$); при тяжелой умственной отсталости – 0. Во второй группе 2 у пациентов с легким снижением интеллекта количество секстантов с пародонтальными карманами глубиной 4-5 мм равно $0,36 \pm 0,29$; при умеренной умственной отсталости данный показатель составил $0,50 \pm 0,40$ ($p > 0,5$); при тяжелом снижении он равен $0,5 \pm 0,5$ ($p > 0,5$). У лиц из группы 3 с легкой олигофренией число секстантов с пародонтальными карманами не обнаружено; при умеренном снижении интеллекта этот показатель составил $0,22 \pm 0,15$ ($p > 0,1$); при тяжелой форме – $0,17 \pm 0,17$ ($p > 0,5$). У лиц старше 42 лет (группа 4) с легкой олигофренией количество секстантов с пародонтальными карманами глубиной 4-5 мм равно $0,33 \pm 0,33$, при умеренном снижении интеллекта данный показатель составил $0,17 \pm 0,17$ ($p > 0,5$);

при тяжелой умственной отсталости он равен $0,18 \pm 0,18$ ($p > 0,5$).

При обследовании состояния тканей пародонта во всех возрастных группах наличия пародонтальных карманов с глубиной 6 мм и более зарегистрировано не было.

Другая тенденция обнаружена у лиц с различной степенью снижения интеллекта при подсчете среднего количества исключенных секстантов. Количество исключенных секстантов росло и с возрастом и тяжестью умственной отсталости. Так, в группе 1 при легком и умеренном снижении интеллекта исключенных секстантов не обнаружено. При тяжелой степени олигофрении их количество равно $0,33 \pm 0,33$ ($p > 0,1$). В группе 2 пациентов с легким и умеренным снижением интеллекта исключенных секстантов также не обнаружено. При тяжелых формах их число составило $1,0 \pm 1,0$ ($p > 0,1$). В 3ей возрастной группе при легкой олигофрении исключенных секстантов нет; при умеренной умственной отсталости их $0,11 \pm 0,11$ ($p > 0,5$); при тяжелой – $0,67 \pm 0,33$ ($p > 0,1$). После 42 лет (группа 4) при легком снижении интеллекта количество исключенных секстантов равно $2,00 \pm 0,58$, при умеренном – $1,42 \pm 0,54$ ($p > 0,5$); при тяжелой умственной отсталости их $3,00 \pm 0,79$ ($p > 0,1$).

Несмотря на статистическую недостоверность некоторых результатов, анализ полученных данных приводит к следующим заключениям: у пациентов с умственной отсталостью отмечалась высокая интенсивность заболеваний тканей пародонта по индексу CPI и взаимосвязь состояния тканей пародонта от основного нозологического заболевания. Прямая зависимость была зарегистрирована у более молодых пациентов, а у лиц старшего возраста наблюдалась обратная тенденция, которая связана с потерей постоянных зубов (увеличение исключенных секстантов) в зависимости от возраста и диагноза заболевания.

Выводы

1. Распространенность заболеваний пародонта в группах УОЛ возрастает от 33,8% (18-25-лет) до 82,1% (42-года и старше).

2. Интенсивность заболеваний пародонта зависит от

возраста и от степени умственной отсталости.

3. Для улучшения стоматологического статуса умственно отсталых пациентов необходимо разработать комплексную лечебно-профилактическую программу.

Литература

- 1) Байжанов Б.Б. Актуальные вопросы организации стоматологической помощи в детских психоневрологических учреждениях // Стоматология. – 1980. – т. 59, №3. – С. 56-58
- 2) ВОЗ. Стоматологические обследования, Основные Методы (4-е издание): Методические рекомендации. – Женева, 1997. – 76с.
- 3) Корчагина В.В. и Морозова Н.В. О необходимости совершенствования специализированной стоматологической помощи детям – инвалидам // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2001. – №1. – С. 20-21.
- 4) Корчагина В.В., Лильин Е.Т., Дьякова С.В. Анализ факторов риска формирования зубо-челюстных аномалий, пороков развития и кариеса зубов у детей с врожденными пороками развития ЦНС и опорно-двигательного аппарата // 1-я республиканская конференция «Стоматология и здоровье ребенка». Тезисы доклада / Москва: ММСИ, 1996. – С. 69-70.
- 5) Леус П.А. Коммунальная стоматология. – Брест: ОАО «Брестская типография», 2000. – 280 с.
- 6) Райский В.А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. – 2-е издание перераб. и доп. – Москва: «Медицина», 1988. – С. 16-73.
- 7) Perlman S., Kaufhold G., Friedman R. Helping Special Athletes Sport Good Smiles // Academy for Sports Dentistry Newsletter. – 2001. – P. 10-12.

XÜLASƏ

Əqli cəhətdən geri qalmış insanların parodontal statusunun nozologik diaqnozdan asılılığı

Ə. İ. İsmayilov

Moskva Dövlət Tibbi-Stomatoloji Universiteti, Stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası kafedrası.

Əqli cəhətdən geri qalmış insanların stomatoloji sağlamlıq məsələsi Rusiya Federasiyası alimləri üçün prioritet təşkil edir. Əqli cəhətdən geri qalmış insanların stomatoloji statusunun qiymətləndirilməsi gələcək profilaktik proqramların müəyyənləşdirilməsi üçün zəruridir. Qiymətləndirmənin mərhələlərindən biri əqli cəhətdən geri qalmış insanların əsas nozoloji diaqnozundan asılı olaraq parodontun toxumalarının vəziyyətinin müəyyən edilməsi olmuşdur. Bu araşdırma belə bir nəticəyə gətirib çıxarmışdır: Əqli cəhətdən geri qalmış insanlarda parodont xəstəliklərinin yayılması 33,8%-dən (18-25 il) 82,1% -ə qədər (42 və daha yaşlı) artır. Parodont xəstəliklərinin intensivliyi əqli cəhətdən geri qalma dərəcəsindən asılıdır.

Əsas sözlər: Əqli cəhətdən geri qalma, parodont vəziyyəti, CPI indeksi, əqli cəhətdən geri qalma dərəcəsi.

SUMMARY

Periodontal status dependences on nosological diagnoses of people with intellectual disabilities

A.I. Ismayilov

Moscow state University for Dentistry and Medicine, Oral diseases prevention Department

A question of Oral health of mentally retarded people is priority for scientists in Russian Federation. The estimation of the Oral Health status of mentally disabled becomes necessary for construction of future preventive programs. One of evaluation stages was definition of periodontal condition depending on the core nosological diagnoses of mentally retarded people. This research has led to following conclusions: prevalence of periodontal diseases increased in groups from 33,8 % (18-25-years) to 82,1 % (42-year and elder). Intensity of periodontal diseases depended on age and degree of intellectual disability.

Keywords: Intellectual disability, a periodontal condition, index CPI, degree of intellectual retardation.

PROTEZ STOMATİTLƏRİN MÜALİCƏSİNDƏ TƏTBİQ EDİLƏN MÜXTƏLİF ÜSULLARIN MÜQAYİSƏSİ VƏ “STOMAZOL” PREPARATININ TERAPEVTİK ƏHƏMIYYƏTİ

A.M.Səfərov, R.B.Bayramov, A.M.Arxməmmədov

Azərbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomatologiya, mikrobiologiya
və immunologiya kafedraları



Tədqiqatın aktualığı. Protezləmə nəticəsində əmələ gəlmiş toksiki stomatit iynə ucu şəklində hiperemik sahələr, diffuz eritema və ya nodulyar hiperemik sahələr şəklində klinik mənzərə verən bir patologiya olub protez istifadə edən şəxslərin 15-65%-ni əhatə edən və xüsusilə üst protez yatağında müşahidə edilən iltihabi prosesdir. Etiologiyası tam məlum olmasa da tədqiqatçılar stomatiti gecə-gündüz fasiləsiz protezin istifadə olunması, istifadə edilən protezin materialından asılı olaraq onun toksikilik dərəcəsi, protezin təmizliyinə və ağız boşluğunun gigiyenasına düzgün əməl etməmək, sistem və ya immun xəstəliklər və qidalanma pozğunluqları kimi bir neçə səbəblə əlaqələndirirlər [1, 2, 3]. Protez stomatitlərinin əsas səbəblərindən biri kimi Candida albicans-la əlaqəli göbələk infeksiyası və onunla assosiativ Streptococcus mutans, Staphylococcus aureus, Streptococcus sanguis, Streptococcus salivarius, Fusobacterium nucleatum və Actinomyces viscosus kimi bakterial infeksiyalar göstərilir [3, 4].

Bir sıra tədqiqatlar göstərmişdir ki, Candida mənşəli, həmçinin polimikrob təbiətli protez stomatitlərinin müalicəsində protezin istifadə və təmizlik vərdişlərində dəyişiklik edilməsi kifayət deyildir, eyni zamanda antifunqal və antibakterial müalicə aparılmalıdır. Antifunqal müalicə üçün

sodium hipoxlorid (0.5%), xlorheksidin qlükonat məhlulu (0.2%) daxilə verilən azol törəmələri, Amfoterisin B və ya nistatin təklif edilir. Antibakterial müalicədə isə, göstərilən antiseptiklərlə yanaşı müxtəlif qruplardan olan antibiotiklər yerli və sistem yollarla verilir [5, 6, 7].

Tədqiqatın məqsədi – protezləmədən sonra yaranmış stomatitlərin müxtəlif üsullarla müalicəsinin müqayisəsi və “Stomazol” preparatının effektivliyinin araşdırılmasıdır.

Material və metodlar. Tədqiqata daxil edilmiş 49 xəstə ilkin mikrobioloji müayinələrin nəticələri nəzərə alınaraq 4 qrupa ayrılmışdır:

1. 0.2%-li xlorheksidin qlükonat məhlulu.

2. 0.5%-li sodium hipoxlorid məhlulu.

3. Flükonazol (kapsula 100mq) daxilə qəbul üçün gündə bir dəfə yeməkdən sonra (14 gün müddətində)+nistatin (suspensiya 100000 İU/ml, 4x1, qarqara şəklində); və empirik antibakterial antibiotik kimi eritromisin (50mq), daxilə qəbul üçün gündə 4 dəfə yeməkdən 1,5 saat əvvəl (10 gün müddətində).

4. İtrakanzol (kapsula 100mq, 1x1) 10 gün müddətində + stomazol preparatı qarqara şəklində; bakterial agentin həssas olduğu antibiotik müvafiq dozada və gündə iki dəfə, 10 gün müddətində.

Müayinə üçün tüpürcək nümunəsi və damaqdan yaxma götürmə prosesi standartizasiya məqsədi ilə səhərlər yeməkdən ən azı iki saat sonra həyata keçirilmişdir. Klinik materiallar damaq qabarıları nahiyyəsindən steril tamponlarla yaxma şəklində və steril sınaq borusu içərisinə 5 dəqiqə müddətində toplanan tüpürcək nümunələri olmuşdur. Alınan nümunələrdən damaq yaxması durulaşdırılmadan, tüpürcək isə 10-1 nisbətində durulaşdırılaraq göbələklər üçün selektiv xromogen CandiSelect aqarına (Bio-Rad, Fransa), *S.aureus*-un izolyasiyası və identifikasiyası məqsədilə içərisində Mannitol salt aqar olan qablara və 5%-li qoyun qanlı aqara, *S.mutans*-ın identifikasiyası üçün Mitis Salivarius aqarına əkilmişdir. Kasalar 37°C-də 48 saat saxlanılaraq çoxalan koloniyalar sayılmış və təmiz kultura alınmışdır. Candi Select aqarında çoxalan koloniyaların təkrar identifikasiyası üçün təmiz kulturadan zərdaba kultivasiya edilərək 37-dərəcədə saxlanılmış və 4-cü saatdan etibarən əzilən damla preparatı hazırlanaraq mikroskopda müayinə edilmiş, rüşeym borucuğu əmələ gətirən maya hüceyrələri *Candida albicans* kimi ayırd edilmişdir.

S.aureus Mannitol salt aqarda öz koloniyalarının ətrafında qızılı rəngli zonalar əmələ gətirir, bununla da identifikasiya olunur. Əlavə olaraq qanlı aqarda beta-hemoliz vermiş koloniyalarla katalaza və plazmakoagula testləri də aparılmışdır. Mitis Salivarius aqarında qabarıq, tünd

mavi rəngli, daxili dalğalı və tutqun, sərhədləri qeyri-müəyyən, səthi isə qranullu koloniyalar *S.mutans* kimi ayırd edilmişdir.

Müalicənin başlanmasından sonra 8-ci və 15-ci günlərdə xəstələr həm klinik, həm də mikrobioloji baxımdan müayinə edilmişdir. Müalicənin təsiri kritik eritemanın azalması və mikrob kolonizasiyasının qiymətləndirilməsi ilə ölçülmüşdür. 49 xəstənin hamısı müalicə müddətini tamamlamışdır. Statistik analiz üçün Statistika-6.0 proqramından istifadə edilmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Tədqiqata daxil olan bütün xəstələr tüpürcək nümunələrində çoxalan başlanğıc mikroorqanizm miqdarlarına görə qruplara ayrılmışdır:

A. Heç çoxalma yoxdur.

B. Çox az çoxalma var: 1-10 KƏV (Koloniya Əmələ gətirən Vahid)

C. Az çoxalma var: 11-100 KƏV

D. Orta miqdarda çoxalma var 101-1000 KƏV

E. Çox miqdarda çoxalma var 1001-10000 KƏV

F. Hədsiz miqdarda çoxalma var >10000

Bu təsnifatə əsasən 4 müxtəlif müalicə qrupuna ayrılan xəstələrin tüpürcəklərindəki başlanğıc mikroorqanizm miqdarları arasında statistik baxımdan əhəmiyyətli fərq aşkar olunmamışdır. Beləliklə, müalicənin təsirinin qiymətləndirilməsi mərhələsində yanlışlığa səbəb ola biləcək ünsürlər aradan qaldırılmışdır.

Xəstələrin sağalma səviyyələrinin 1 və 2 həf-

Cədvəl 1.

Müalicə prosesində ağız suyunda mikrofloranın dinamikası

		Müalicə qrupları											
		0.2%-li xlorheksidin qlükonat məhlulu			0.5%-li natrium hipoxlorid məhlulu			Flükonazol +nistatin +eritromisin			İtraknazol + stomazol +bakterial agentin həssas olduğu antibiotik		
Mikroorqanizmlər		ilkin	8-ci gün	15-ci gün	ilkin	8-ci gün	15-ci gün	ilkin	8-ci gün	15-ci gün	İlkin	8-ci gün	15-ci gün
C.albicans	N	12	12	11	12	11	9	12	10	9	13	10	--
	KƏV	E	D	C	E	D	C	E	C	C	E	B	A
S.aureus	N	9	8	8	10	8	7	12	11	8	12	9	--
	KƏV	E	D	C	E	C	C	E	D	C	E	B	A
S.mutans	N	11	8	8	10	7	5	11	9	7	12	7	--
	KƏV	E	D	C	E	D	C	E	C	C	E	B	A

Qeyd: cədvəldə n –izolyatların sayını; KƏV isə çoxalma miqdarı qrupunu göstərir.

təlik kontrolları üçün aşağıdakı şəkildə qiymətləndirilmişdir:

1. Tam sağalma: 0 KƏV;
2. Sağalma: KƏV miqdarında azalma;
3. Dəyişiklik yoxdur: KƏV miqdarı eyni;
4. Pisləşmə: başlanğıc KƏV miqdarında artım.

Bu qiymətləndirməyə əsasən müxtəlif müalicə qruplarının göstəriciləri cədvəllərdə əks olunmuşdur.

Müalicə qrupları arasındakı sağalma fərqləri hər iki müayinə zamanı (8-ci və 15-ci günlər) statistik baxımdan əhəmiyyətli aşkar olundu (cədvəl 1). Hər iki müayinədə itrakanazol/stomazol/antibiotik qrupunun digər bütün müalicə alternativlərindən daha yaxşı olduğu təyin edilmişdir.

Birinci müayinə zamanı flukonazol/nistatin/eritromisin qrupu itrakanazol/stomazol/antibiotik qrupuna yaxın nəticələr versə də, ikinci müayinə

zamanı fərq özünü daha aydın biruzə vermişdir (Cədvəllər 2,3).

İstər *S.aureus* və *S.mutans*, istərsə də *Candida albicans*-in çoxalma səviyyəsi (miqdarı) qiymətləndirildikdə başlanğıc dəyərlərinin müalicə qruplarında müxtəliflik göstərmədiyi, hər iki müayinədə itrakanazol/ stomazol/ antibiotik qrupunun olduqca aşağı və 0.5%-li natrium hipoxlorid qrupunun olduqca yüksək bir səviyyəyə gəldiyi təyin edildi. İkinci müayinədə isə bu fərqlər daha aydın bir hala gələrək itrakanazol/stomazol/antibiotik qrupundakı xəstələrin heç birinin tüpürcək nümunələrində az da olsa göbələk və ya bakteriya koloniyasına rast gəlinməmişdir.

Digər müalicə qruplarında isə göbələk və bakteriyaların miqdarının çox miqdarda inkişafdan (E qrupu) az miqdarda inkişafa (C qrupu) düşdüyü müşahidə edilmişdir (Cədvəl 1).

Cədvəl 2.

Müalicənin 8-ci günündə mikrobioloji müayinənin nəticələrinə əsasən sağlamanın qiymətləndirilməsi

Müalicə qrupları	Tam sağalma		Sağalma		Dəyişiklik yoxdur		Pisləşmə	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0.2%-li xlorheksidin qlükonat məhlulu	-	-	5	41,5±14,2	5	41,5±14,2	2	17,0±10,8
0.5%-li natrium hipoxlorid məhlulu	-	-	4	33,3±13,6	8	66,7±13,6	-	-
Flükonazol +nistatin +eritromisin	-	-	9	75,0±12,5	3	25,0±12,5	-	-
İtrakanazol + stomazol +bakterial agentin həssas olduğu antibiotik	3	23,0±11,7	10	77,0±11,7	-	-	-	-

Cədvəl 3.

Müalicənin 15-ci günündə mikrobioloji müayinənin nəticələrinə əsasən sağlamanın qiymətləndirilməsi

Müalicə qrupları	Tam sağalma		Sağalma		Dəyişiklik yoxdur		Pisləşmə	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0.2%-li xlorheksidin qlükonat məhlulu	-	-	5	41,5±14,2	5	41,5±14,2	2	17,0±10,8
0.5%-li natrium hipoxlorid məhlulu	-	-	4	33,3±13,6	8	66,7±13,6	-	-
Flükonazol +nistatin +eritromisin	-	-	9	75,0±12,5	3	25,0±12,5	-	-
İtrakanazol + stomazol +bakterial agentin həssas olduğu antibiotik	3	23,0±11,7	10	77,0±11,7	-	-	-	-

Damaqdan alınan nümunələrin kultural müayinəsinin nəticəsində də itrakanazol/stomazol/antibiotik qrupunun qiymətlərindən bu qrupun ikinci həftənin sonunda statistik baxımdan əhəmiyyətli dərəcədə yaxşı olduğu təyin edildi.

Yekun. Aparılan mikrobioloji tədqiqatlar akril plastmaslardan hazırlanan çıxan protezlərdən istifadə edən şəxslərin qarışıq ağız suyundan və steril pambıqlarla yaxma şəklində götürülən nümunələrdə ağız boşluğunda iltihabi proseslərin (stomatitlərin və s.) yaranmasında mühüm rol oynayan *Candida albicans* və onunla assosiativ *Staph.aureus* və *Str.mutans* kimi bakteriyaların artmasının olduqca yüksək səviyyəyə gəldiyi müşahidə olunur. "Stomazol" tətbiq edilən müalicə qrupunda alınan nəticələrin daha yaxşı olduğu təyin edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Ахундов Р.А., Пириева Д.А., Тагиев С.А. и др. Фармакологическая активность новых стоматопротекторов на основе фитопрепаратов // *Azərbaycan Onkologiya və Həmmərz Elmlər jurnalı*, 2004, №1, s. 156-157.
2. Z.İ.Qarayev. Dışsiz çənələrin protezlənməsi. Dərs vəsaiti. Bakı, 1999, 124 s.
3. Abaci O, Haliki-Uztan A, Ozturk B, Toksavul S, Ulusoy M, Boyacioglu H. Determining *Candida* spp. incidence in denture wearers. *Mycopathologia*. 2010 May;169(5):365-72. Epub 2010 Feb 9.
4. Jose A, Coco BJ, Milligan S et al. Reducing the Incidence of Denture Stomatitis: Are Denture Cleansers Sufficient? *J Prosthodont*. 2010 Jan 22.
5. Khozeimeh F, Shahtalebi MA, Noori M, Savabi O. Comparative evaluation of ketoconazole tablet and topical ketoconazole 2% in orabase in treatment of *Candida*-infected denture stomatitis. *J Contemp Dent Pract*. 2010 Mar 1;11(2):017-24.
6. Shulman JD, Rivera-Hidalgo F, Beach MM. Risk factors associated with denture stomatitis in the United States. *J Oral Pathol Med*, 2005; 34: 340-6.
7. Spratt D. 4.1. Dental plaque and bacterial colonization. In: *Medical biofilms*. Jass J, Surman S, Walker J, editors, John Wiley and Sons Ltd, 2003; 175-98.

РЕЗЮМЕ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЕЗНЫХ СТОМАТИТОВ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «STOMAZOL»

А.М.Сафаров, Р.Б.Байрамов, А.М.Архмамедов
Азербайджанский медицинский университет
Кафедры ортопедической стоматологии, микробиологии и иммунологии

Выявлен высокий уровень патогенной микрофлоры полости рта – стафилококки, стрептококки и грибы *Кандида* в пробах, взятых с поверхности слизистой оболочки и образцах смешанной слюны у лиц, пользующихся съёмными акриловыми протезами. Лучшие результаты по лечебным мероприятиям получены при применении «Stomazol»а.

Ключевые слова: протезный стоматит, препарат "STOMAZOL"

SUMMARY

THE COMPARISON OF DIFFERENT METHOD OF DENTURE STOMATITIS TREATMENT AND EFFECTIVITY OF "STOMAZOL"

A.M.Safarov, R.B.Bayramov, A.M.Arkhmamedov
Azerbaijan Medical University
The department of orthopedic dentistry and microbiology and immunology,

The performed microbiological investigation in the mixed saliva and film received by sterilized cotton pellet from mucose membrane of denture areas at the patient used removable acrylic dentures revealed the high quantity of *Candida albicans* and associate microbes, such as *Str.mutans* and *Staph.aureus*, which play a main role in the development of stomatitis. Have been revealed the more effectiveness of "Stomasol" in comparison with another treatment method.

Key words: denture stomatitis, "STOMAZOL"

VI Международный Научный Форум «Стоматология Узбекистана -2010»

15-16 апреля 2010 года в Ташкенте состоялся VI Международный Научный Форум под эгидой «Стоматология Узбекистана -2010». Мероприятие проходило в здании выставочного комплекса «УЗЭКСПОЦЕНТР». В программу Форума вошло: Международная Научная Конференция на тему: «Актуальные проблемы стоматологии», VI съезд Ассоциации Стоматологов Узбекистана и VI Узбекская Международная выставка «Стоматология - 2010».

На Форуме были обсуждены такие темы как, применение новейших технологий в практической стоматологии, улучшение стоматологической службы населению в условиях рыночной экономики, новые направления в профилактике и лечении стоматологических заболеваний и др.

В работе Узбекской Международной выставки «Стоматология - 2010» приняли участие ведущие фирмы – производители стоматологической продукции из таких стран как Китай, Корея, Россия, Украина, Казахстан, Узбекистан и др.

15 апреля 2010 года в здании «Интерконтиненталь» начал работу VI съезд стоматологов Узбекистана. С вступительным словом выступил министр здравоохранения республики Узбекистан профессор А.И. Икрамов,



Азербайджанская делегация в зале во время открытия Научного Форума



Приветствие Аксакала-выступает профессор Мирякубов М.М

пожелав успехов в работе всем участникам съезда. Затем с поздравлениями выступили гости и ректоры медицинских университетов.

От имени Азербайджанской Стоматологической Ассоциации с поздравлением выступил профессор Гараев З.И.

В состав делегации от Азербайджанской Стоматологической Ассоциации вошли: профессор Гараев Зохранб, профессор Юсубов Юнус, врач Ахмедова Айтен.

На 1-ом пленарном заседании съезда председательствовал зам. министра здравоохранения республики Узбекистан профессор А.В.Алимов. Первым выступил президент Ассоциации Стоматологов Узбекистана профессор Р.Н. Нигматов с докладом на тему: «Состояние стоматологической службы в республике Узбекистан и перспективы ее развития». Затем выступили: профессор Ил Бонг Ким (Южная Корея) с докладом на тему «Добро пожаловать в Мир Фунта», д-р К.Е. Сабитова (Казахстан) - на тему «Новые методы стандартизации в стоматологии», Александр Колосов (Германия) - «Керамическая технология Serkon Smart» и др.



На экскурсии в великом Самарканде



16 апреля 2010 года в Ташкентской Медицинской Академии съезд продолжил свою работу по нижеследующим секциям: терапевтическая стоматология, хирургическая стоматология и имплантология, ортопедическая стоматология и ортодонтия.

В конце дня был заслушан отчет Ассоциации Стоматологов Узбекистана и принята резолюция съезда.



В апреле Ташкент также прекрасен, как и всегда. Дружеская встреча с коллегами из Узбекистана.

GENERALİZƏ OLUNMUŞ PARODONTİTİ OLAN VƏ QANINDA SİTOMEQALOVİRUSUN AKTİV REPLİKASIYASI MÜŞAHİDƏ EDİLƏN PASİYENTLƏRDƏ STOMATOLOJİ STATUSUN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Ç.B.Hüseynova

Azərbaycan Tibb Universitetinin terapeutik stomatologiya kafedrası, Bakı

Herpesviridae ailəsi virusları tərəfindən törədilən xəstəliklər içərisində sitomeqalovirus infeksiyası (SMVİ) aparıcı yerlərdən birini tutur [1, 2]. Əksər hallarda SMVİ simptomuz virusgəzdirmə şəklində sürür və yalnız birincili və ikincili immundefisit şəraitində kliniki ifadə olunmuş xəstəlik şəklində təzahür edə bilir ki, bu da xəstəliyin patogenezinə yoluxmuş şəxslərin immun sisteminin funksiyasının zəifləməsinin aparıcı rolunu təsdiq edir [3, 4].

Məlumdur ki, bir çox amillər stomatoloji xəstələnmənin etioloji motivasiya səbəblərinə çevrilə bilər, lakin gigiyenik və immunoloji amillər ən aparıcı amillərdən sayılırlar [5, 6]. Gigiyenik amillər onunla şərtlənmişdir ki, ağız boşluğunun qeyri-qənaətbəxş gigiyenası zamanı diş ərpləri əmələ gəlir, orada patogen mikroorqanizmlərin intensiv artması baş verir ki, bu da dişlərin emal təbəqəsini zədələyir (kariyes) və parodontun ətraf toxumalarının iltihabına (gingivit, parodontit) səbəb olur. İmmunoloji amilin inkişaf mexanizmi onunla bağlıdır ki, stomatoloji xəstələnmənin inkişafı yalnız orqanizmin immunoloji statusunun, o cümlədən parodontun yerli müdafiə funksiyalarının aşağı səviyyəsində mümkündür [7, 8]. Buradan SMVİ xəstələrinin diş-parodontal sisteminin funksional-immunoloji müayinələrinin vacibliyi aydınla-



sır. Bununla əlaqədar olaraq, hazırkı tədqiqat işinin məqsədi generalizə olunmuş parodontiti olan və qanda sitomeqalovirusun aktiv replikasiyası müşahidə edilən xəstələrdə stomatoloji statusun xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları.

Kəskinləşmə mərhələsində orta (38 pasiyent) və ağır (62 pasiyent) dərəcəli xronik generalizə olunmuş parodontit (XGP) ilə xəstə 18 yaşdan 66 yaşa qədər 100 pasiyent müayinə olunmuşdur ki, onlardan 59-u (59%) qadın və 41-i (41%) kişidir. Pasiyentlərin hamısı 2 qrupa bölünmüşdür: 1-ci qrupa orta ağır dərəcəli parodontiti olan 18 yaşdan 54 yaşa qədər 38 pasiyent, 2-ci isə qrupa ağır dərəcəli parodontiti diaqnozu ilə 27 yaşdan 66 yaşa qədər 62 pasiyent daxil olmuşdur. Kontrol qrupu parodontun xəstəlik əlamətləri və xronik patologiyası olmayan 50 pasiyent təşkil etmişdir.

Parodont toxumalarının vəziyyəti sadələşdirilmiş gigiyena indeksi (SGİ) - OHI-S (Green J.C., Vermilion J.R., 1960); dişəti şırımının qanaması indeksi -SBI (Muhleman H.R., Son S., 1971); parodontal indeks - PI (Russel A., 1956) vasitəsilə qiymətləndirilmişdir. Parodontal ciblərin dərinliyi dərəcələnməmiş düyməcikvari parodontal zond vasitəsilə ölçülmüşdür. Klinik analizi dəqiqləşdirmək üçün xəstələrin hamısına rentgenoloji müayinələr təyin olunmuşdur [8].

Nəticələr və onların müzakirəsi.

Xəstələrin cinslər üzrə, xəstəliyin davametmə müddəti və ağırlıq dərəcəsinə görə

rı aşkar edilmişdir. Emal qabarının nati-
mam fizioloji sürtülməsi $72,2 \pm 4,4\%$ hallar-
da, travmatik düyünlər $88,0 \pm 3,8\%$ pasiyent-

Cədvəl 1

Xəstələrin ağırlıq dərəcəsinə və cinslərə görə bölgüsü

Cins	Parodontitin ağırlıq dərəcəsi				Cəmi	
	Orta		Ağır			
	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
qadınlar	24	40,6 $\pm$ 6,3	35	59,4 $\pm$ 6,3	59	59,0 $\pm$ 4,9
kişilər	14	34,1 $\pm$ 7,3	27	65,9 $\pm$ 7,4	41	41.0 $\pm$ 4,9
cəmi	38	38,0 $\pm$ 4,8	62	62,0 $\pm$ 4,8	100	100,0

Cədvəl 2

Xəstəliyin davametmə müddətinə və ağırlıq dərəcəsinə görə xəstələrin bölgüsü

Ağırlıq dərəcəsi	Xəstəliyin davametmə müddəti									
	5 ilə qədər		5-10 il		10-15 il		15-20 il		cəmi	
	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%
orta	5	$13,2 \pm 5,4$	21	$55,3 \pm 8,1$	9	$23,6 \pm 6,9$	3	$7,9 \pm 4,0$	38	$38,0 \pm 4,8$
ağır	18	$29,0 \pm 5,8$	32	$51,6 \pm 6,3$	7	$11,3 \pm 3,9$	5	$8,1 \pm 3,4$	62	$62,0 \pm 4,8$
cəmi	23	$23,0 \pm 4,2$	53	$53,0 \pm 5,0$	16	$16,0 \pm 3,6$	8	$8,0 \pm 2,7$	100	100

bölgüsü cədvəl 1 və 2-də təsvir olunmuşdur.

Biz anamnez məlumatlarını təhlil etmişik, nəticədə parodontitlə xəstələrin əksəriyyətin-
də yanaşı gedən ümumi somatik xəstəliklərin
olması üzə çıxmışdır. $82,0 \pm 3,8\%$ xəstədə
mədə-bağırsaq yolunun xəstəlikləri aşkar
edilmiş, $21,0 \pm 4,0\%$ pasiyent vegetativ-damar
distoniyasından əziyyət çəkmiş, $16,0 \pm 3,7\%$
pasiyent ağır allerqoloji anamnezə malik
olmuş, 7% -də qalxanvari vəzin xəstəlikləri
müəyyən olunmuşdur. $70,0 \pm 4,6\%$ -yə yaxın
pasiyent parodont xəstəliklərinə münasibətdə
ağır irsiyyətə malik olmuşlar. Müayinə edil-
miş şəxslərdə aşkar edilən ümumi somatik
xəstəliklərə dair məlumatlar cədvəl 3-də
verilmişdir.

Ağız boşluğuna baxış zamanı 100% pasi-
yentdə dişlərin kariyesi və onun ağırlaşmala-

də, bir-birindən aralı yerləşmiş dişlərin ano-
maliaları $45,0 \pm 5,0\%$ pasiyentdə qeyd olun-
muşdur. Dişləmənin müxtəlif növ patologi-
yaları $36,0 \pm 4,8\%$ hallarda müşahidə olun-
muşdur. Yumşaq toxumalarda aşağıdakı
patologiyalar təyin edilmişdir: $7,5\%$ pasiyent-
də – yuxarı dodağın yüyəninin aşağı səviyy-
ədə birləşməsi, $27,6 \pm 4,5\%$ pasiyentdə - ağız
boşluğunun kiçik dəhlizi ilə birgə aşağı doda-
ğın yüyəninin yuxarı səviyyədə birləşməsi
($24,0 \pm 4,2\%$)

KPÇ (kariyes, P – ploblanmış dişlər, Ç –
çəkilməmiş dişlər) indeksinin təyin edilməsinin
nəticələri üzərində dayanaq, onu həmçinin
kariyes indeksi adlandırırlar. ÜST-nin nümu-
nəvi təsnifatına müvafiq olaraq, alınmış nəti-
cələrin qruplaşdırılması KPÇ indeksinin 5
səviyyəsi üzrə aparılmışdır: çox aşağı - $<5,0$,

Cədvəl 3

Müayinə olunmuş pasiyentlərdə yanaşı gedən xəstəliklər haqqında məlumatlar

Ümumi somatik patologiya	Xəstələrin sayı				Cəmi n=100	
	Orta dərəcəli parodontit (n=38)		Ağır dərəcəli parodontit (n=62)			
	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
1 . Ağırlaşmış allerqoloji anamnez	6	15,8 $\pm$ 5,9	10	16,2 $\pm$ 4,6	16	16,0 $\pm$ 3,7
2. MBY-nun xəstəlikləri	24	63,1 $\pm$ 7,8	58	93,5 $\pm$ 3.1	82	82,0 $\pm$ 3,8
a) xronik qastrit	9	23,7 $\pm$ 6,8	28	45,1 $\pm$ 6,3	37	37,0 $\pm$ 4,8
b) xronik qastrit xronik pankreatitlə birgə	11	28,9 $\pm$ 7,3	21	33,5 $\pm$ 6,0	32	32,0 $\pm$ 3,7
v) xronik qastrit xronik xolesistitlə birgə	2	5,2	5	7,2	7	7,0
c) mədənin /onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi	2	5,2	4	6,8	6	6,0
Vegetativ-damar distoniyası	6	15,8 $\pm$ 5,9	15	24.5 $\pm$ 5,6	21	21,0 $\pm$ 4,2
Qalxanvari vəzin xəstəlikləri	2	5,2	5	7,2	7	7,0
Digər xəstəliklər (xronik pielonefrit, miastenivə və s.)	6	15,8 $\pm$ 5,9	10	16,1 $\pm$ 4,6	16	16,0 $\pm$ 3,7

aşağı – 5-8,9, orta –9-12,9, yüksək -13-16,9, çox yüksək - >17,0 [8]. Nəticələr cədvəl 4-də təsvir olunmuşdur.

Bütün hallarda KPC indeksi müsbət olmuşdur ki, bu da təəccüblü deyildir, belə ki,

böyükər arasında dişlərin tamlığının saxlanması praktiki mümkün deyildir. SMVİ olmayan şəxslər arasında KPC indeksinin bütün səviyyələri eyni bərabərdə paylanmış və 16,5±2,9-dən 24,4±3,4%-ə qədər dəyişmişdir (t=1,77, p>0,05).

Cədvəl 4

SMVİ xəstələri arasında və SMVİ olmayan şəxslər arasında KPC indeksinin müxtəlif səviyyələrinin tezliyi

Rəng çaları	İltihab prosesinin inkişaf dərəcəsi	Sınağın göstəricilərinin tezliyi				Fərqi dərəcəli	
		SMVİ ilə xəstələr		SMVİ olmayan şəxslər			
		Müt.	%	Müt.	%	t	p
Samanı-sarı	Mənfi	19	19,0 _{±3,9}	16	32,3 _{±6,6}	2,91	<0,01
Açıq-qəhvəyi	Zəif	23	23,0 _{±4,2}	13	26,8 _{±6,2}	0,97	>0,05
Qəhvəyi	Orta	27	27,0 _{±4,5}	11	22,0 _{±5,8}	1,15	>0,05
Tünd-qonur	Güclü	31	31,0 _{±4,6}	10	18,9 _{±5,5}	2,92	<0,01
Cəmi		100	100,0 _{±0,0}	50	100,0 _{±0,0}	-	-

Ağız boşluğunun və diş-parodontal sistemin gigiyenik vəziyyətinin digər daha əhəmiyyətli göstəricisi Şiller-Pisarev sınağı sayılır ki, o da KPÇ indeksi ilə yanaşı ayrı-ayrı regionlarda stomatoloji vəziyyətin qiymətləndirilməsi zamanı olduqca dəyərli metod kimi qəbul olunur [8]. Diş ətinin selikli qişasının silinməsi və bu zaman əmələ gələn rəngin çalarına əsasən iltihab prosesinin yaranması və onun intensivliyinin dərəcəsi haqqında mühakimə yürütmək olar. Nəticələr cədvəl 5-də verilmişdir.

məqamlara da diqqət yetirmək lazımdır. SMVİ ilə xəstələr arasında iltihab prosesinin intensivliyinin tezliyinin dəqiq qanunauyğunluqla artması izlənilir. Belə ki, yüngül dərəcəli xəstələnmənin xüsusi çəkisi $23,0 \pm 4,2\%$, orta dərəcəli - $27,0 \pm 4,5\%$ ($t=1,16$, $p>0,05$) təşkil etmişdir. SMVİ olmayan şəxslər arasında, əksinə, iltihab prosesinin intensivliyinin tezliyinin artması eyni dəqiq qanunauyğunluqla nəzərə çarpır. Əgər aşağı dərəcəli xəstələnmənin xüsusi çəkisi $26,8 \pm 6,2\%$ təşkil edirsə, onda orta dərəcəli xəstələnmənin xüsusi

Cədvəl 5

SMVİ ilə xəstə və SMVİ olmayan şəxslər arasında Şiller-Pisarev sınağının göstəriciləri

Rəng çaları	İltihab prosesinin inkişaf dərəcəsi	Sınağın göstəricilərinin tezliyi				Fərqin dürüslüyü	
		SMVİ ilə xəstələr		SMVİ olmayan şəxslər			
		Müt.	%	Müt.	%	t	p
Samanı-sarı	Mənfi	19	19,0±3,9	16	32,3±6,6	2,91	<0,01
Açıq-qəhvəyi	Zəif	23	23,0±4,2	13	26,8±6,2	0,97	>0,05
Qəhvəyi	Orta	27	27,0±4,5	11	22,0±5,8	1,15	>0,05
Tünd-qonur	Güclü	31	31,0±4,6	10	18,9±5,5	2,92	<0,01
Cəmi		100	100,0±0,0	50	100,0±0,0	-	-

Onu da qeyd etmək ki, intensiv iltihab prosesləri SMVİ ilə xəstələr arasında daha çox rast gəlməmişdir, nəinki SMVİ olmayan şəxslər arasında – müvafiq olaraq $31,0 \pm 4,6$ və $18,9 \pm 5,5\%$ ($t=2,95$, $p<0,001$). Məsələnin digər tərəfi xüsusi izahat tələb edir, o, aşağıdakı kimi açıqlanır. Başlanğıc və klinik təzahür etməyən mərhələlərdə iltihab prosesi hadisələrinin yüksək aşkarlanma tezliyi Şiller-Pisarev sınağının diaqnostik dəyərini və eyni zamanda SMVİ ilə xəstələrin stomatoloji xəstələnməsinin daha yüksək olmasını göstərir. SMVİ olmayan şəxslər arasında bu fərq daha böyükdür. Belə ki, ümumilikdə bu şəxslərin 50 nəfərindən 24-də ($48,8 \pm 7,0\%$) iltihab xarakterli stomatoloji xəstələnmə müşahidə edilməmişdir, halbuki Şiller-Pisarev sınağı yalnız 16 halda ($32,3 \pm 6,6\%$, $t=3,07$, $p<0,01$) mənfi olmuşdur.

Cədvəlin məlumatlarını təhlil edərkən digər

çəkisi $22,0 \pm 5,8\%$ -ə qədər ($t=1,01$, $p>0,05$), yüksək dərəcəli xəstələnmənin xüsusi çəkisi isə daha çox - $18,9 \pm 5,5\%$ -ə qədər ($t=0,70$, $p>0,05$) azalır. Göründüyü kimi, SMVİ zamanı diş-parodontal sistemdə iltihab prosesinin şiddətlənməsi baş verir ki, bu da parodontal iltihabın bütün nozofomalarının vaxtında aşkarlanmasının və onların spesifik müalicəsinin aparılmasının vacibliyini ön plana çəkir.

Diş-parodontal sistemin xəstəliklərində mikrob amili ilə yanaşı, parodontun toxumalarının müdafiə reaksiyasının vəziyyətinin mühüm rol oynamasını Yasinovski sınağının nəticələri də təsdiq edir. Bu sınaq ağız boşluğunun selikli qişasından miqrasiya edən leykositlərin sayını və həyat qabiliyyətini təyin etməyə imkan verir, miqrasiya edən leykositlərin sayı nə qədər çoxdursa və onların həyat qabiliyyəti nə qədər uzundursa, faqositozun

aktivliyi və ya iltihab prosesinə qarşı immuno-
noloji cavab da bir o qədər yüksəkdir. Ağız
boşluğunun yuyuntu mayesində leykositlərin
sayı normada adətən 1 mkl-də 100-120 ədəd
təşkil edir, onların 80%-dən çoxu həyat qabi-
liyyətlidir. Biz müayinələrin hər iki qrupun-
da leykositlərin müxtəlif sayının aşkarlanma
tezliyini və onların həyat qabiliyyətini təyin
etmişik (cədvəl 6).

hətta çox aşağı olmuşdur (1 mkl-də 40 ley-
kositdən az) - $15,0 \pm 3,7\%$ ($t=2,14$, $p>0,05$).
Yəqin ki, belə aşağı faqositar aktivlik paro-
dental iltihab prosesinin müalicəsinin aşağı
effektivliyinin səbəblərindən biridir. Buradan
olduqca dəyərli bir qərara gəlmək olar –
SMVİ xəstələrin immunkorreksiya terapiya-
sının aparılması mütləqdir.

Beləliklə, aparılmış müayinələr onu təsdiq

Cədvəl 6

SMVİ ilə xəstələr və SMVİ olmayan şəxslər arasında Yasinovski sınağının göstəriciləri

1 mkl –də leykositlərin sayı	Sınağın göstəricilərinin tezliyi				Fərqin dürüslüyü	
	SMVİ ilə xəstələr		SMVİ olmayan şəxslər			
	Müt.	%	Müt.	%	t	p
100-120	11	10,8±2,0	22	44,5±7,0	1,69	<0,001
80-100	23	22,9±2,7	13	22,6±5,8	0,09	>0,05
60-80	24	24,1±2,7	9	17,7±5,3	1,58	>0,05
40-60	27	26,9±2,8	6	11,0±4,2	4,24	<0,001
< 40	15	15,3±2,3	2	4,3±2,8	3,93	<0,001
Cəmi	100	100,0±0,0	50	100,0±0,0	-	-

SMVİ ilə xəstələr arasında parodontun
yerli immun statusu çox aşağı olmuşdur.
Yalnız $11,0 \pm 3,1\%$ xəstədə leykositlərin sayı
normada olmuşdur – 1 mkl-də 100-120 ədəd.
Bu fakt onu təsdiq edir ki, SMVİ yerli home-
ostazı pozaraq eyni vaxtda yerli immuniteti
və ya faqositoz qabiliyyətini aşağı salır, bu isə
mikrob təcavüzünə və patoloji prosesin inki-
şafına yol açır. Bundan başqa, hətta hazırkı
anda stomatoloji xəstələnmə aşkar edilmə-
dikdə SMVİ ilə xəstələrin əksəriyyətinin aşağı
faqositar aktivliyi iltihab proseslərinin poten-
sial inkişaf riskinə malik olduğunu göstərir.
Halbuki xəstələrin əksər hissəsində faqosito-
zun aktivliyi orta (1 mkl-də 60-100 leykosit)
və aşağı (1 mkl-də 40-60 leykosit) – $23,0 \pm 4,2$ -
dən $27,0 \pm 4,5\%$ -ə qədər ($t=1,03$, $p>0,05$),
xəstələrin kifayət qədər böyük qisminə isə o,

edir ki, pardontitin əmələ gəlməsində və inki-
şaf etməsində yerli və ümumi immunoloji
mexanizmlər xüsusi rol oynayır. SMVİ ilə
xəstələrdə ağız boşluğunun zədələnməsi
xəstəliyin ilkin simptomlarına aid olduğu
üçün SMV ilə yoluxmuş pasiyentlərdə stoma-
toloji statusun təyin edilməsi, şübhəsiz, başlı-
ca məsələlərdəndir. SMV ilə yoluxmuş şəxs-
lərdə ağız boşluğunun klinik əlamətlərinin
öyrənilməsi həm həkim-stomatoloqlar tərə-
findən virus infeksiyasının erkən diaqnosti-
kası, həm də parodontun iltihabi xəstəlikləri-
nin aktivliyinin meyarlarının təyin edilməsi,
xəstəliyin gedişinin proqnozunun verilməsi,
parodontun adekvat müalicə metodlarının və
xəstəliyin profilaktikası üsullarının seçilməsi
üçün vacibdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Emery V.C. Cytomegalovirus and the aging population // *Drugs Aging*, 2008, Vol. 18, p. 927-933
2. Yow M.D. Congenital cytomegalovirus disease: a new problem // *J. Inf. Dis.* 2007, - Vol. 159, №2- p. 163-167
3. Исрафилбейли С.Г., Садыкова В.А. Цитомегаловирусная инфекция и беременность // Труды III съезда акушеров гинекологов Азербайджана, 2003, с 159-162.
4. Эфендиева М.З., Касимова Н.Б., Гарадаги И.Д. Врожденная цитомегаловирусная и герпесвирусная инфекция у недоношенных детей. *Azərbaycanda pediatriyanın aktual problemləri*, Elmi əsərlər toplusu, Bakı, 2001, S. 14-17
5. Wang H.Y. Cytomegalovirus infection from mother to ther infants // *Chung. Hua. I. Hsueh. Tsa. Chin.* 2005, - Vol. 73, №10 - p. 584-586
6. Ершов Ф.И., Касьянова Н.В. Цитомегаловирусная инфекция (современные данные об эпидемиологии, клинике, диагностике и терапии) // *Инфекции и антимикробная терапия*, 2007, Т.4, N 4, с. 116-119.
7. Шмагель К.В., Беляева О.В., Черешнев В.А. Современные взгляды на иммунологию пародонти- та // *Стоматология* - 2003. - N1 - С. 61 – 64
8. Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. М, МИА - 2004, с.64 - 70.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ И АКТИВНОЙ РЕПЛИКАЦИЕЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА В КРОВИ

Ч.Б.Гусейнова

Азербайджанский медицинский университет,
кафедра терапевтической стоматологии

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей стоматологического статуса у пациентов с генерализованным пародонтитом и активной репликацией цитомегаловируса в крови.

Обследованы 100 пациентов, из них 59 (59,0%) женщин и 41 (41,0%) мужчин в возрасте от 18 до 66 лет с хроническим генерализованным пародонтитом средней (38 пациентов) и тяжелой (62 пациентов) степени тяжести в стадии обострения. Контрольную группу составили 50 пациентов без признаков заболеваний пародонта и хронических патологий.

Оценку состояния тканей пародонта проводили, используя упрощенный гигиенический индекс УИГ - ОНI-S (Green J.C., Vermilion J.R., 1960); индекс кровоточивости десневой борозды SBI (Muhleman H.R., Son S., 1971); пародонтальный индекс ПИ - PI (Russel A., 1956). Глубину пародонтального кармана измеряли с помощью градуированного пуговчатого пародонтального зонда.

Впервые проведенное на репрезентативной группе больных ЦМВИ исследование позволило выявить как состояние их стоматологической заболеваемости, так иотягощающее воздействие на них вирусной инфекции. Во-первых, среди больных ЦМВИ происходит более интенсивное разрушение зубов кариесом, что обусловлено, скорее всего, созданием благоприятных условий для развития патогенной микрофлоры. Во-вторых, интенсивное развитие патогенной микрофлоры повышает риск развития воспалительных процессов и повышает заболеваемость гингивитом и пародонтитом. В третьих, ЦМВИ приводит к снижению местной иммунологической реакции зубо-пародонтальной системы, что не только повышает риск стоматологической заболеваемости, но иотягощает

их клиническое течение. В-четвертых, нарушая местное кровообращение, ЦМВИ снижает стойкость капилляров, что приводит к снижению функционально-физиологических свойств тканей пародонта, в результате которого создаются более благоприятные условия как для проникновения и развития патогенной микрофлоры, так и интенсификации воспалительных процессов.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, цитомегаловирусная инфекция

SUMMARY

FEATURES OF THE STOMATOLOGIC STATUS AT PATIENTS WITH GENERAL PARODONTITIS AND ACTIVE INTRODUCTION THE CYTOMEGALOVIRUS IN BLOOD

Ch.B. Huseynova

Azerbaijan Medical University, department of therapeutic stomatology

The purpose of the present research was studying of features of the stomatologic status at patients with general parodontitis and active introduction a cytomegalovirus in blood.

100 patients, from them 59 (59,0%) women and 41 (41,0%) men at the age from 18 till 66 years with chronic general parodontitis average (38 patients) and heavy (62 patients) severity levels in an aggravation stage are surveyed. The control group was made by 50 patients without signs of diseases parodontitis and chronic pathologies.

Estimation of a condition of fabrics parodontitis spent, using simplified hygienic index - OHI-S (Green J.C., Vermilion J.R., 1960); an index blood a leak gum furrows SBI (Muhleman H.R., Son S., 1971); parodontitis index - PI (Russel A, 1956). Depth parodontitis a pocket measured by means of graduated button parodontitis a probe. For specification of the clinical analysis by all patient appointed radiological research.

For the first time spent on representative group of patients cytomegalovirus to an infection research has allowed to reveal both a condition of their stomatologic disease, and burdening influence on them a virus infection. First, among patients cytomegalovirus to an infection there is more intensive destruction of a teeth by caries that is caused, most likely, creation of favorable conditions for development of pathogenic microflora. Secondly, intensive development of pathogenic microflora raises risk of development of inflammatory processes and raises disease gingivitis and parodontitis. In the third, cytomegalovirus to an infection leads to decrease local immunology to reaction tooth-parodontalnoy systems, that not only raises risk of stomatologic disease, but also burdens their clinical current. Fourthly, breaking local blood circulation, cytomegalovirus to an infection reduces firmness of capillaries that leads to decrease in is functional-physiological properties of fabrics parodontitis in which result more favorable conditions as for penetration and development of pathogenic microflora, and an intensification of inflammatory processes are created.

Keywords: general parodontitis, cytomegalovirus infection, stomatologic disease

*Редакция не несет ответственности за содержание рекламных объявлений.
Мнение авторов публикаций может не совпадать с мнением редакционной коллегии.
При перепечатке ссылка на журнал обязательна.*

Изменение гигиенического состояния полости рта умственно отсталых людей после применения адаптированной профилактической программы.

А.И.Исмаилов

Московский государственный медико-стоматологический университет, Кафедра профилактики стоматологических заболеваний.

В последнее время вопрос стоматологического статуса умственно отсталых людей (УОЛ) в Российской Федерации вызывает все больший интерес со стороны общественного здравоохранения (Байжанов Б.Б., 1980). Многие медицинские учреждения уже применяют программы для улучшения стоматологического здоровья УОЛ (Корчагина В.В., Дьякова С.В., Лильин Е.Т., 1996). Для достижения эффективных результатов необходимо устранение или уменьшение влияния факторов риска, способствующих возникновению данных поражений (Sheiham A., 2005). По своей сути «умственная отсталость» является фактором риска развития основных стоматологических заболеваний (May P., 2003). По отношению к стоматологическим заболеваниям можно с полной уверенностью заявлять, что они не имеют ничего общего с этиологией основного заболевания, а являются лишь следствием первичных симптомов, а также следствием «синдром специфических» состояний (May P., 2003). Ученые разрабатывали различные программы для улучшения стоматологического статуса УОЛ (Корчагина В.В., Дьякова С.В., Лильин Е.Т., 1996). Кафедрой профилактики стоматологических заболеваний были обследованы 115 взрослых УОЛ, проживающих в интернате №16 города Москвы. По результатам стоматологического обследования была разработана комплексная программа профилактики основных стоматологических заболеваний, которая была внедрена в специализированном интернате. После проведения профилактических программ, адаптированных для УОЛ, наблюдались значительные улучшения состояния гигиены полости рта.



Целью исследования явилась оценка изменения гигиенического состояния полости рта умственно отсталых людей в процессе применения разработанной профилактической программы.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 115 УОЛ в возрасте от 18 до 64 лет, проживающих в Московском специализированном психоневрологическом интернате №16.

Все добровольцы - пациенты были разделены на 4 группы: 1 гр. - «18 до 25 лет», 2 гр. - «26 до 33 лет», 3 гр. - «34 до 41 года» и 4 гр. - «42 года и старше». В свою очередь в каждой возрастной группе выделяли подгруппы согласно нозологическому диагнозу пациентов. Была использована категоризация умственной отсталости в соответствии с Международной Классификацией Болезней 10 (МКБ-10). Так, каждая возрастная группа подразделялась на подгруппы с легкой умственной отсталостью (ЛЮО), умеренной умственной отсталостью (УУО), тяжелой формой (ТУО).

Гигиеническое состояние полости рта оценивалось по индексу эффективности гигиены полости рта РНР (Podshadley A.G., Haley P., 1968).

Для подсчета индекса окрашивали раствором Люголя щечные поверхности 16 и 26 зубов, губные поверхности 11 и 31 и язычные поверхности 36 и 46 зубов. Если какой-либо из указанных зубов отсутствовал, обследовали соседний, в пределах одноименной группы зубов.

Поверхность зуба условно делили на пять участков (медиальный, дистальный, срединно-окклюзионный, центральный, срединно-пришеечный).

Для оценки каждого указанного участка зуба

использовали следующие коды:

0 – отсутствие окрашивания;

1 – окрашивание любой интенсивности

Индекс гигиены рассчитывали по формуле:

ИГ РНР зуба = $\frac{\text{сумма баллов всех участков}}{\text{сумма кодов всех зубов}}$

ИГ РНР индивидуума = $\frac{\text{сумма баллов всех зубов}}{\text{количество зубов}}$

Интерпретация значений индекса:

Значение индекса	Эффективность гигиены
0	Отличная
0,1 – 0,6	Хорошая
0,7 – 1,6	Удовлетворительная
>1,7	Неудовлетворительная

Оценка динамики изменения гигиенического состояния полости рта явилось результатом проведенного исследования

творительному уровню гигиены (Табл. 1).

После проведения профилактических мероприятий гигиеническое состояние полости рта УОЛ улучшилось.

Так, через 3 месяца значение индекса в 2,5 раза уменьшилось и стало равным 1,7, достигнув границы удовлетворительного уровня. При осмотре, проведенном через 6 месяцев с момента начала внедрения профилактической программы, показатель РНР в среднем составил 2,4, что было хотя и выше чем через 3 месяца, но значительно ниже исходных, что свидетельствовало об улучшении гигиенического состояния полости рта УОЛ в 1,75 раз.

По истечению 6 месяцев индекс от начала наблюдения за гигиеной полости рта, была проведена повторная профессиональная гигиена УОЛ. Заключительный осмотр полости рта, по истечению 9 месяцев, показал снижение индекса до 2,2 (Рис. 1).

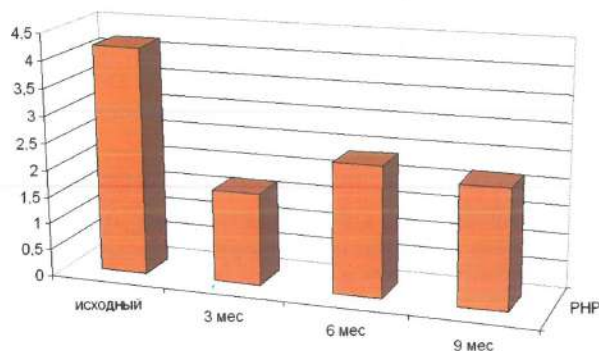
Таблица №1

Показатель индекса РНР в начале проведения профилактических мероприятий

Группа	Количество	Величина индекса	Уровень гигиены
1в	8	3,7	Неудовлетворительный
2в	6	4,1	Неудовлетворительный
3в	7	4,8	Неудовлетворительный
Всего	21	4,2 (ср. зн.)	Неудовлетворительный

Изучение исходного гигиенического состояния полости рта умственно отсталых добровольцев во всех профилактических группах показала, что значение индекса эффективности гигиены полости рта (РНР) соответствует неудовле-

Рис. 1. Изменение индекса гигиены в процессе проведения программы



Выводы.

1. Гигиеническое состояние полости рта во всех возрастных группах, определяемое по индексу РНР, независимо от степени умственной отсталости, оценивалось как неудовлетворительное и в среднем составило 4,2.

2. Применение комплекса профилактических мероприятий привело к улучшению гигиенического состояния полости рта УОЛ в 1,7 раза, увеличению количества здоровых сектантов пародонта в 1,9 раза по сравнению с исходными данными.

LİTERATURA

- 1) Sheiham A. Oral Health, General Health and quality of life. // Bull. WHO. – 2005. – v.83, n 9. – 644 pp.
- 2) May P. The five essential concepts of Developmental Medicine: A new Medical Paradigm for Persons with Developmental Disabilities // Exceptional Parents/ – 2003. – №1. – P. 83-85.
- 3) Байжанов Б.Б. Актуальные вопросы организации стоматологической помощи в детских психоневрологических учреждениях // Стоматология. – 1980. – т. 59, №3. – С. 56-58
- 4) Корчагина В.В., Лильин Е.Т., Дьякова С.В. Анализ факторов риска формирования зубочелюстных аномалий, пороков развития и кариеса зубов у детей с врожденными пороками развития ЦНС и опорно-двигательного аппарата // 1-я республиканская конференция «Стоматология и здоровье ребенка». Тезисы доклада / Москва: ММСИ, 1996. – С. 69-70.

XÜLASƏ

Adaptiv profilaktik programın tətbiqindən sonra əqli cəhətdən geri qalmış insanların ağız boşluğun gigiyenik statusunun dəyişməsi

Ə. İ. İsmayılov

Moskva Dövlət Tibbi-Stomatoloji Universiteti, Stomatoloji xəstəliklərin profilaktikası kafedrası.

Əqli cəhətdən geri qalmış insanların stomatoloji sağlamlıq məsələsi Rusiya Federasiyası alimləri üçün prioritet təşkil edir. Əqli cəhətdən geri qalmış insanların stomatoloji statusunun qiymətləndirilməsi gələcək profilaktik proqramların müəhkiməsi üçün zəruriləşir. Yeni profilaktik stomatoloji proqramların səmərəliliyinin qiymətləndirilməsini əqli cəhətdən geri qalmış insanların ağız boşluğunun (PHP) gigiyenik vəziyyətinin indeksinin dəyişmə dinamikası üzrə həyata keçirmişlər. Bu araşdırma belə bir nəticəyə gətirib çıxarmışdır: PHP indeksi üzrə müəyyən olunan bütün yaş qruplarında ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyəti əqli cəhətdən geri qalma dərəcəsindən asılı olmayaraq qeyri-kafi olaraq qiymətləndirilmiş və orta hesabla 4,2 təşkil etmişdir. Kompleks profilaktik tədbirlərin tətbiqi 1,7 dəfə əqli cəhətdən geri qalmış insanların ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətinin yaxşılaşmasına, ilkin məlumatlarla müqayisədə 1,9 dəfə sağlam parodont sekstantlarının yaxşılaşmasına səbəb olmuşdur.

Əsas sözlər: əqli cəhətdən geri qalma, PHP indeksi, əqli cəhətdən geri qalma dərəcəsi.

SUMMARY

Oral Hygienic status change after implementation of adaptive prophylaxis program for people with intellectual disability

A.I. Ismayilov

Moscow state University for Dentistry and Medicine, Oral diseases prevention Department

Summary: A question of Oral Health of mentally retarded people is priority for scientists in Russian Federation. An estimation of new preventive Oral programs efficiency was conducted upon change of hygienic condition index (PHP) dynamics. This research has led to following conclusions: the Oral cavity Hygienic condition in all age groups, according to PHP index, irrespectively to the degree of intellectual disability, was estimated as unsatisfactory and was 4,2 (n.21) in average. A complex of preventive actions has led to improvement of the hygienic condition 1,7 times, and to quantitative increase of healthy periodontal sextants 1,9 times in comparison with the initial data.

Keywords: Intellectual disability, PHP index, degree of intellectual disability.

Тегеран-2010



На открытие Конгресса с докладом выступил президент IDA проф. Гулам Реза Газнави

11-14 мая 2010 года в Тегеране состоялся 50-ый Международный Конгресс Иранской Стоматологической Ассоциации (IDA), посвященный 50-летию создания IDA и 85-и летию Академии Стоматологии Ирана (Academic Dentistry of Iran).

Конгресс проходил в величественном здании Milad Tower Conversion Center. Работа Конгресса проводилась в 12 салонах по 10 секциям.

Тематиками секций были: Реставрация в стоматологии; Эндодонтия; Ортопедическое лечение детей и подростков; Детская стоматология; Имплантология; Контроль над инфекцией; Рак головы и шеи; Стоматологические материалы 21-го века и реставрация в стоматологии; Пародонтология; Ортодонтия; Лазеры в стоматологии; Этика в стоматологии; Гигиена полости рта; Рентгенстоматология.

В общей сложности на Конгрессе было заслушано 420 докладов, в материалы вошло 2600 статей. По 20-ти тематикам были организованы мастер-классы.

В дни работы Конгресса была организована Стоматологическая выставка, на кото-

рой были представлены более 100 фирм.

В Президиум Конгресса были включены: Dr. Chafari Dadmanesh- Председатель Конгресса,

Dr. Gulam Reza Ghaznavi- Президент IDA,

Dr. Ahmad Reza Taleipur- Вице-президент IDA, Dr. Kaveh Seyedan-Председатель Научного Комитета IDA.



Вручение приветствия и памятного сувенира.

Почетными гостями Конгресса были Президент Всемирной Федерации Стоматологов - Dr. Roberto Vianna (Бразилия) и Президент Европейской Федерации Стоматологов Dr. Gerhard Seeberger (Италия), выступившие на церемонии открытия.

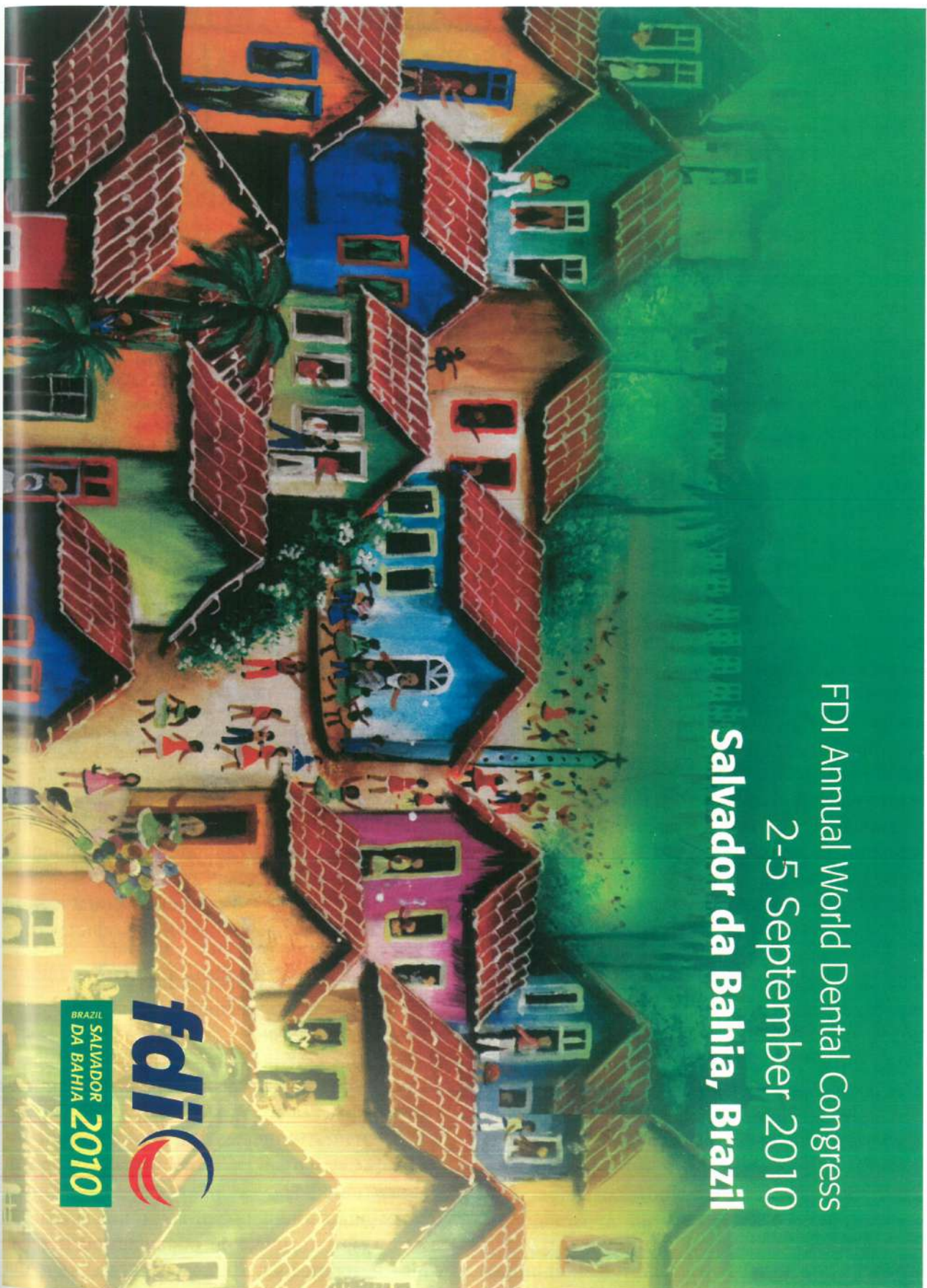
Тепло приветствовали делегацию Азербайджанской Стоматологической Ассоциации во главе с проф. Алиевой Р.К., вручившей приветственный адрес и памятный сувенир.

Алиева С.Я.

FDI Annual World Dental Congress
2-5 September 2010
Salvador da Bahia, Brazil



BRAZIL
SALVADOR
DA BAHIA
2010



ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЕГО К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г.Р.Байрамов

Азербайджанский медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии

В последние годы возрос интерес ученых к проблеме роли стоматологического здоровья в обеспечении качества жизни людей. Медицинское понятие качества жизни включает в себя прежде всего показатели, связанные с состоянием здоровья человека [4, 2, 1, 8]. Проведенное исследование в России по вопросам стоматологического здоровья показало, что население имеет весьма приблизительное понятие по данной проблеме, не знает самого термина «качество жизни», ни факторов, его определяющих, не отличается высокой стоматологической обращаемостью, приверженностью к вопросам лечения и профилактики [3]. По сообщениям ряда авторов, значительная часть врачей-стоматологов также слабо ориентируются в этой проблеме, о чем свидетельствует низкая их мотивированность к профилактике стоматологических заболеваний и проведению санитарно-просветительной работы [7, 6, 5, 10].

Как видно, изучение отношения населения к стоматологическому здоровью, его приверженности к стоматологической обращаемости, лечению и профилактике стоматологической заболеваемости приобрела исключительную медико-социальную значимость [4, 6, 9]. В связи с этим изучение данного вопроса стало также объектом наших исследований, результаты которых приведены в настоящем сообщении.

Материал и методика.

Методом случайной выборки по мере обращаемости за стоматологической помо-



щью отобрали 376 пациентов с разными клиническими проявлениями воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП). Проводили сбор предшествующего клинического анамнеза и всестороннее стоматологическое исследование полости рта с использованием лабораторно – инструментальных методов и индексов гигиены. Для уточнения

клинических форм ВЗП 165 пациентов направили на рентгенографию. По совокупности диагностических данных в зависимости от тяжести клинического течения ВЗП пациентов разделили на 3 группы: легкая степень – 82 пациента, средняя степень – 124 пациента, тяжелая степень – 170 пациентов. Контрольную группу составили 77 лиц со здоровой полостью рта. На основании расспросов пациентов с ВЗП и лиц контрольной группы оценили их отношение к стоматологическому здоровью, уровень приверженности к стоматологической обращаемости, лечению и профилактике ВЗП.

Результаты и обсуждение.

Всесторонние расспросы пациентов с разными формами клинического течения ВЗП и лиц контрольной группы позволили нам получить весьма интересные данные. Сперва, рассмотрим мотивы, стимулирующие стоматологическую обращаемость (табл.1). Сразу же отметим, что как среди пациентов с ВЗП, так и в контрольной группе доминирующим мотивационным стимулом стоматологической обращаемости является нетерпимость клинического течения

ВЗП (болевого синдром), удельный вес которого составляет соответственно $85,3 \pm 1,7\%$ и $96,1 \pm 2,2\%$ ($t=2,82$; $p<0,01$).

Достаточно высок удельный вес таких мотивационных стимулов как сохранение трудоспособности, высокий профессионализм стоматологов, близость и удобный режим визитов к стоматологам и материальная доступность визитов, т.е. стоматологических услуг - от $33,5 \pm 2,4\%$ до $40,2 \pm 2,5\%$ ($t=1,93$; $p>0,05$). Хотя активность перечисленных стимулов не столь высокая, однако их упоминание было связана со следующим.

мотивационных стимулов, как укрепление общего здоровья и улучшения стоматологического здоровья, предотвращение тяжелых осложнений ВЗП или их боязнь, признание зубов как фактора продления молодости, наличие современной стоматологической лечебной технологии - от $12,2 \pm 1,7\%$ до $19,9 \pm 2,1\%$ ($t=2,85$; $p<0,01$). Все это свидетельствует об очень низком стоматологическом уровне знаний не только пациентов, но и населения, в целом, так как данные по контрольной группе почти аналогичные.

Лица со здоровой полостью рта в период

Таблица 1

Мотивы, стимулирующие стоматологическую обращаемость пациентов с ВЗП и лиц контрольной группы

Мотивационные стимулы	Частота мотивационных стимулов, в %			
	Пациенты с ВЗП	Контрольная группа	Достоверность разницы	
	n = 376	n = 77		
			t	p
Нетерпимость клинического течения ВЗП	$88,3 \pm 1,7$	$96,1 \pm 2,2$	2,82	$<0,01$
Укрепление общего здоровья	$16,2 \pm 2,0$	$10,4 \pm 3,5$	1,47	$>0,05$
Улучшение стоматологического здоровья	$17,8 \pm 2,0$	$61,0 \pm 5,6$	7,26	$<0,001$
Предотвращение тяжелых осложнений ВЗП	$19,9 \pm 2,1$	$48,1 \pm 5,7$	4,65	$<0,001$
Боязнь тяжелых осложнений ВЗП	$12,2 \pm 1,7$	$53,2 \pm 5,7$	10,09	$<0,001$
Здоровые зубы как фактор молодости	$14,6 \pm 1,8$	$58,4 \pm 5,7$	7,32	$<0,001$
Сохранение трудоспособности	$33,5 \pm 2,4$	$28,6 \pm 5,2$	0,26	$>0,05$
Современная стоматологическая технология	$15,4 \pm 1,9$	$13,0 \pm 3,9$	0,64	$>0,05$
Высокий профессионализм стоматологов	$40,2 \pm 2,5$	$32,5 \pm 5,4$	1,29	$>0,05$
Близость и удобный режим визитов к стоматологу	$34,6 \pm 2,5$	$29,9 \pm 5,3$	0,79	$>0,05$
Материальная доступность визитов	$34,0 \pm 2,4$	$57,1 \pm 5,7$	4,04	$<0,001$

Примечание: 1. Лица контрольной группы оценивали предыдущую стоматологическую заболеваемость 2. Частота мотивов больше числа пациентов, так как большинству их была присуща 2 и более мотивов.

Определенная часть пациентов ранее имели стоматологическую заболеваемость, в связи с чем теряли трудоспособность, а при обращаемости за стоматологической помощью сталкивались с недостаточно высоким профессионализмом стоматологов, дальностью и неудобным режимом визитов к стоматологам, а также дороговизной стоматологических услуг. Перечисленные стимулы следует признать как пожелания пациентов по улучшению стоматологической службы.

Совершенно низок удельный вес таких

проведения настоящей работы, из которых была сформулирована контрольная группа, ранее также имели ВЗП и поэтому среди них, по сравнению с пациентами с ВЗП, намного выше удельный вес ($t=5,49$; $p<0,001$) таких мотивационных стимулов, как улучшение стоматологического здоровья, предотвращение тяжелых осложнений ВЗП, боязнь этих осложнений, признание здоровых зубов как фактора продления молодости, а также материальная доступность стоматологических услуг. Частота перечисленных стимулов варьирует от

53,2±5,7% до 61,0±5,6% ($t=0,85$; $p>0,05$). По остальным показателям каких-либо видимых различий относительно пациентов с ВЗП не наблюдается.

Столь низкий уровень мотивационных стимулов в обоих наблюдаемых группах, который с большим основанием можно экстраполировать на все взрослое население, характеризуется и довольно низкой приверженностью пациентов с ВЗП по всем атрибутам консервативного лечения заболеваний. При этом уровни приверженности пациентов с разными степенями тяжести клинического течения ВЗП различаются (таблица 2).

до 60,4±2,5% ($t=2,21$; $p<0,05$).

Вторую группу составляют факторы, воздействие которых на приверженность пациентов ниже, чем предыдущей группы ($t=3,68$; $P<0,001$). Этими факторами являются «недостаток финансовых средств», «личностные особенности пациента», «необходимость выполнения большого объема лечебных мер», «неуверенность в эффективности лечения», их упоминаемость находится в пределах от 32,7±2,0 до 39,12±2,5% ($t=1,84$; $p>0,05$).

Менее всего упоминаются пациентами факторы стоматологической приверженно-

Таблица 2

Структура факторов, влияющих на приверженность пациентов с разными степенями тяжести клинического течения ВЗП к лечебным мерам

Факторы приверженности	Частота факторов приверженности, в зависимости от степени тяжести клинического течения ВЗП, в %			
	Легкая	Средняя	Тяжелая	Всего
	n = 82	n = 124	n = 170	n = 376
Недостаток финансовых средств	34,1±5,3	30,6±4,2	37,6±3,7	34,6±2,5
Личностные особенности пациента	36,6±5,4	37,9±4,4	32,9±3,6	35,4±2,5
Отсутствие желания лечиться	80,5±4,4	61,3±4,4	48,2±3,8	59,6±2,5
Незнание о необходимости полного завершения курса лечения	20,7±4,4	11,3±2,9	14,1±2,7	14,6±1,8
Необходимость выполнения большого объема лечебных мер	23,2±4,7	36,3±4,3	48,8±3,8	39,1±2,5
Не уверенность в эффективности лечения	43,9±5,5	39,5±4,4	22,4±3,2	32,7±2,4
Побочный эффект лечебных мер	74,4±4,8	55,6±4,5	39,4±3,8	52,4±2,6
Неудобный режим лечения	11,0±3,5	19,4±3,6	12,4±2,5	14,4±1,8
Боязнь осложнений от лечения	56,1±5,5	63,7±4,3	60,0±3,8	60,4±2,5
Страх перед стоматологическими процедурами	65,9±5,3	61,3±4,4	58,8±3,8	61,2±2,5

Примечание: сумма частоты факторов больше числа пациентов, так как у каждого из них одновременно присутствовали 2 и более факторов.

При анализе данных для группы пациентов с ВЗП вырисовывается следующая картина. Приведенные факторы, влияющие на стоматологическую приверженность пациентов по частоте упоминаний можно разделить на 3 группы. Первую группу составляют факторы, оказывающие наиболее сильное воздействие на приверженность пациентов. К этим факторам относятся «отсутствие желание лечиться», «побочный эффект лечебных мер» и «боязнь перед стоматологическими процедурами», их упоминаемость варьирует в пределах от 52,4±2,6%

сти третьей группы ($t=8,17$; $p<0,001$) они представлены «незнание о необходимости полного завершения курса лечения» и «неудобный режим лечения», упоминаемость составляет соответственно 14,6±1,8% и 14,4±1,8% ($t=0,08$; $P>0,05$).

Как видно, стоматологическая приверженность пациентов очень низкая, что, в свою очередь, снижает их стоматологическую обращаемость. При этом упоминаемость ряда факторов неодинакова среди пациентов с разными степенями тяжести клинического течения ВЗП. Например, фактор привер-

женности «отсутствие желания лечится» наиболее присущ пациентам с легкой степенью ВЗП - $80,5 \pm 4,4\%$. Протекание заболеваний в легкой форме, не беспокоящей пациентов, не стимулирует их к стоматологической обращаемости. Предпринимаемые самостоятельные лечебные меры в конечном этапе усугубляют клиническое течение заболеваний и способствует переходу их в более тяжелые формы. Упоминаемость этого фактора среди пациентов со средней степенью ВЗП составляет $61,3 \pm 4,4\%$ ($t=3,09$; $p<0,01$), а среди пациентов с тяжелой степенью ВЗП - $48,2 \pm 3,8\%$ ($t=2,25$; $p<0,05$), т.е. чем тяжелее протекают ВЗП, тем больше они вынуждают пациентов обратиться за стоматологической помощью. Подобная снисходящая динамика присуща и фактору приверженности «побочный эффект лечебных мер».

И наоборот, в упоминаемости фактора приверженности «необходимость выполнения большего объема лечебных мер» наблюдается восходящая динамика. Менее всего он упоминается пациентами с легкой степенью ВЗП - $23,2 \pm 4,7\%$. Не столкнувшись с профессиональным лечением, они не знают, что объем и продолжительность может быть значительным. Тогда как, пациенты с тяжелой степенью ВЗП, уже столкнувшись с подобным лечением, считают его объем и продолжительность чрезмерными. Поэтому упоминаемость данного фактора выше - $43,8 \pm 3,8\%$ ($t=4,24$; $p<0,001$).

Самооценка собственного здоровья даже в контрольной группе оказалось далека от желаемого уровня. Несмотря на здоровое состояние полости рта в период проведения настоящей работы, только $48,1 \pm 5,7\%$ лиц контрольной группы признали свое общее здоровье, включая и стоматологическое, хорошим, $31,2 \pm 5,3\%$ признали его удовлетворительным ($t=2,17$; $p<0,05$), а $20,8 \pm 4,7\%$ - не удовлетворительным ($t=1,47$; $p>0,05$). Подобная ситуация со здоровьем характерна для многих стран мира и объ-

ясняется она неблагоприятной экологией, неадекватным питанием, ожирением, гиподинамией, стрессовыми нагрузками в гиперурбанизированных поселениях и прогрессивным ростом так называемых болезней цивилизации.

ВЗП же еще больше усугубляют общее здоровье пациентов, что убедительно свидетельствует о системном характере воздействия их на организм. При сопоставлении данных по контрольной группы с аналогичными данными всей группы пациентов с ВЗП прослеживается следующая картина. Так, если среди первых здоровье хорошим признали $48,1 \pm 5,7\%$ лиц, то среди вторых всего $17,6 \pm 2,0\%$ пациентов ($t=5,05$; $p<0,001$). В обеих группах удовлетворительная самооценка здоровья была примерно одинаковой - $31,2 \pm 5,3\%$ и $35,9 \pm 2,5\%$ - ($t=0,80$; $p>0,05$). Тогда как в неудовлетворительной самооценке здоровья видна разительная разница $20,8 \pm 4,7\%$ и $46,5 \pm 2,6\%$ ($t=4,79$; $p<0,001$).

Таким образом, отношение населения к поддержанию стоматологического здоровья находится не на должном уровне, что снижает своевременную стоматологическую обращаемость, являющейся основной причиной широкой распространенности ВЗП, особенно их тяжелых форм. Наряду с этим, очень низка приверженность населения к лечебным мерам. В результате этого, ВЗП оказывают негативное воздействие не только на стоматологическое здоровье, но и на общее здоровье, в целом. При этом чем тяжелее протекает ВЗП, тем сильнее проявляется их системное негативное воздействие на организм. Учитывая возросшую медико-социальную значимость ВЗП, проблема повышения эффективности консервативного лечения и рационализации мер профилактики этих заболеваний становится актуальной задачей не только стоматологической службы, но и всей системы здравоохранения.

LİTERATURA

1. Апасенко Г.Л. Диагностика индивидуального здоровья. Москва, 2004;1:55-58.
2. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни // Стоматология, 2006, №5, с.10-13.
3. Лисуренко А.В. Определение уровня стоматологического здоровья У лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дисс.канд. мед. наук., М., 2002, с.23.
4. Образцов Ю.Л. Стоматологическое здоровье сущность, значение для качества жизни, критерии оценки // Стоматология, 2006, №4, с.41-43.
5. Оспанова Г.Б. Технология ортодонтического лечения в создании пространства здоровья как фактора качества жизни человека: Автореф. дисс... докт. мед. наук, М., 2002, с.46.
6. Симановская О.Е. Влияние стоматологического здоровья на качества жизни // Стоматология, 2008, №5, с.75-77.
7. Хамадеева А.М., Кузьмина Э.М., Казупица Г.С., Давидкин Н.Ф. Мотивация стоматологов в вопросах профилактики основных стоматологических заболеваний // Росс. стом. Журнал, 2003, №2, с.30-32.
8. Berowa N., Ligthelm A., Kaplan A. Stomatologiyic health and quality life //Am.J. Dent., 2003, №2, p.92-96.
9. Gartner J., Wiener E., Hench S. Influence of stomatological health upon the quality of life // Gen. Dent., 2005, v.53, № 6, p.423-432.
10. Seade G., Spenser J. development and evaluation of the Oral Health Impact profile // Community Dental Health, 1994, №14. p.3-5.

XÜLASƏ

Əhalinin stomatoloji sağlamlığına parodontun iltihabi xəstəliklərinin təsiri və bu xəstəliklərin müalicəsi və profilaktikasına onun münasibəti

Q.R.Bayramov

Azərbaycan Tibb Universiteti, terapeutik stomatologiya kafedrası

İşin məqsədi parodontun iltihabi xəstəliklərinə (PİX) qarşı əhalinin stomatoloji sağlamlığını öyrənmək, əhalinin müalicəyə münasibətini və onlara göstərilən profilaktik xidmətin təhlilini aparmaqdır. PİX müxtəlif formaları olan 376 pasiyent müayinə edilmişdir. Kontrol qrupunu sağlam ağız boşluğuna malik 77 nəfər təşkil etmişdir.

Müasir dövrdə əhalinin stomatoloji sağlamlığının qorunmasına münasibəti lazımı səviyyədə deyildir, bu da PİX-nin, xüsusilə onun ağır formalarının geniş yayılmasının səbəbkarı olan müasir stomatoloji mürəjətləri azaldır. Eyni zamanda əhalinin müalicəyə tədbirlərinə münasibəti də çox aşağıdır. Nəticədə PİX nəinki stomatoloji sağlamlığa, həm də ümumilikdə sağlamlığa neqativ təsir göstərir. Bu zaman PİX gedişi nə qədər ağırdırsa, onların orqanizmə sistem təsiri bir o qədər güclü təzahür edir. PİX-nin yüksələn tibbi-sosial əhəmiyyətini nəzərə alaraq, bu xəstəliklərin konservativ müalicəsinin effektivliyinin artırılması və onların profilaktikası tədbirlərinin səmərələşdirilməsi nəinki stomatoloji xidmətin, həm də bütünlükdə səhiyyə sisteminin aktual məsələsinə çevrilir.

Açar sözlər: parodontun iltihabi xəstəlikləri, parodontun müalicəsi və profilaktikası

SUMMARY

INFLUENCE OF INFLAMMATORY DISEASES PARODONTITIS ON STOMATOLOGIC HEALTH OF THE POPULATION AND LEVEL OF ITS ADHERENCE TO TREATMENT AND PREVENTIVE MAINTENANCE OF THESE DISEASES

Q.R.Bayramov

Azerbaijan Medical University, department of therapeutic stomatology

The purpose of work an estimation of stomatologic health against inflammatory diseases parodontitis (IDP), a condition of adherence of the population to treatment and preventive maintenance IDP. Observed 376 patients with different clinical forms B3П. The control group was made by 77 persons with a healthy oral cavity.

The received results show, that the relation of the population to maintenance of stomatologic health is not up to the mark, that reduces timely stomatologic appeal, being principal cause of wide prevalence IDP, especially their heavy forms. Along with it, adherence of the population to medical measures is very low. As a result of it, B3П have negative influence not only on stomatologic health, but also on the general health, as a whole. Thus the more hard proceeds IDP, the their system negative influence on an organism is more strongly shown. Considering increased mediko-social importance IDP, the problem of increase of efficiency of conservative treatment and rationalisation of measures of preventive maintenance of these diseases becomes an actual problem not only stomatologic service, but all system of public health services.

Key words: inflammatory diseases parodontitis, treatment and preventive

Стоматологическая заболеваемость и некоторые биохимические показатели слюны и мочи больных, проживающих в экологически неблагоприятном районе

С.Т.Гусейнова

Азербайджанский медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии

В настоящее время неблагоприятные изменения экологического состояния окружающей среды и их влияние на состояние здоровья населения является одной из важных проблем современной медицины. Данное положение во всех странах мира происходит в связи с высшими темпами развития промышленности и сельского хозяйства, а также, как правило, увеличением численности населения в крупных промышленных городах. Концентрация различных промышленных объектов в крупных промышленных центрах способствует выделению в окружающую среду различных вредных веществ, которые загрязняют почву, воздух и тем самым создают неблагоприятные экологические условия для нормальной жизнедеятельности проживания населения (1,7)

Наша республика в этом плане не является исключением, так как хорошо известно, что у нас наблюдается рост различных областей промышленности, энергетики, транспорта и повышение темпов развития сельского хозяйства. В течении длительного периода времени в г.Баку и различных прилегающих к нему районах имеются многочисленные объекты нефтедобычи, предприятия нефтепереработки и нефтехимии, которые в совокупности постоянно выделяют промышленные отходы в окружающую среду (8).

За последнее время значительный рост численности населения г.Баку, в определен-



ной степени привело к интенсивному заселению населением совершенно непригодных территорий, прилегающих к нефтепромыслам и нефтеперерабатывающим заводам. Население, осуществляя строительство домов и приусадебных участков, использует эти сильно загрязненные территории для проживания и возделывания сельхозпродуктов и занимаются животноводством.

Основной проблемой развития нефтедобывающей промышленности является попадание на почву и проникающие глубоко в нее сырая нефть и тяжелые металлы, и как следствие этого, повышенный радиационный фон окружающей среды. Все это приводит к развитию различных заболеваний, отрицательно сказывается как на общем здоровье населения, так и на состоянии органов и систем организма.

В нашей республике различными авторами изучались функциональные и анатомические изменения в состоянии полости рта в связи с негативным влиянием профессиональной деятельности (1,5,6).

Однако, анализ литературных данных показывает, что стоматологический статус у лиц, проживающих в экологически неблагоприятном районе, прилегающем к объектам нефтяной промышленности не изучен, что стало причиной проведения данного научного исследования, цель которой:

Цель исследования. Изучение частоты основных стоматологических заболеваний у

населения, проживающего в экологически неблагоприятном районе, и определение у них показателей уровня некоторых тяжелых металлов в моче и слюне.

Материал и методы исследования. Стоматологические обследования проведены в экологически неблагоприятном районе г.Баку – в Сураханском и в контрольном центральном районе, где отсутствуют вредные промышленные объекты. В каждом из этих районов обследовано взрослое население в возрасте 16-60 лет и в количестве 698 и 673 человек. Количество обследованных по отдельным возрастным группам соответствовало процентным соотношениям их в структуре переписи населения республики на 1000 человек. Стоматологические обследования проведены по общепринятой методике в соответствии с рекомендациям ВОЗ и ЦНИИС. Содержание металлов в слюне и моче определены у лиц, проживающих в каждом районе и в возрасте 17-20 лет. Всего было исследовано 40 проб. Статистическую обработку полученных данных производили с применением t – критерий по Стьюденту.

Результаты и обсуждение. Согласно результатам проведенных стоматологических исследований, распространенность кариеса у населения Сураханского района составляет в среднем $97,2 \pm 0,6$, против $95,4 \pm 0,8\%$ в контрольном районе. Разница между этими показателями статистически не достоверна. Однако при сопоставлении показателей интенсивности установлено, что в Сураханском районе значение КПУ в среднем достоверно больше, чем в контрольном районе. Так у населения Сураханского района в среднем КПУ составляло $9,91 \pm 0,13$ зубов против $8,55 \pm 0,12$ зубов в контрольном районе.

Анализ этих показателей по отдельным возрастным группам показывает, что во всех возрастных группах в Сураханском районе величина их больше, чем у населения контрольного района. Общим для обеих групп

обследованного контингента является то, что по мере увеличения возраста - увеличивается величина показателя КПУ.

При сравнительной оценке показателей КПУ между жителями обследованных районов выявлены следующие особенности: во первых – в Сураханском, а также в контрольном районе значительный удельный вес приходится на количество удаленных зубов; во вторых – в обоих обследованных районах количество запломбированных зубов весьма незначительное. Так из общей величины КПУ в Сураханском районе из 9,91 зубов 7,63 приходится на долю удаленных зубов, в контрольном районе из 8,55 зубов 6,47 составляют удаленные зубы т.е. 76,9-78,0% показателя КПУ приходится на долю удаленных зубов. Эти величины показывают весьма высокий процент удаленных зубов, в то же время в обоих районах обследования величина запломбированных зубов составляет в среднем 0,11-0,36 на одного жителя.

Анализ результатов изучения пораженности населения заболеваниями пародонта выявил следующее: распространенность гингивита среди населения Сураханского района значительно больше, чем в контрольном районе. Величина её выражается следующими цифрами $31,9 \pm 1,7\%$ против $24,4 \pm 1,6\%$. В возрастном аспекте в большинстве случаев эта разница сокращается. Так например в возрасте 16-19 лет в Сураханском районе частота гингивита составляет $23,9 \pm 5,5\%$ против $16,9 \pm 5,0\%$ в контрольном районе, в возрастной группе 30-39 лет эти соотношения выражали следующие величины – $42,0$ $3,6\%$ против $34,8 \pm 3,5\%$ и т.д.

Что касается частоты отдельных форм гингивита, то в обеих группах обследования наблюдалась идентичная картина, которая выражалась в том, что чаще встречались лица с катаральной формой, нежели гипертрофической. Так например в среднем в Сураханском районе частота катарального

гингивита составляла $29,8 \pm 1,7\%$ против $2,0 \pm 0,5\%$ гипертрофического гингивита. В контрольном районе эти показатели составили $20,8 \pm 1,6\%$ против $1,5 \pm 0,4\%$.

Результаты исследований по пораженности населения пародонтитом и пародонтозом в обследованных районах показали, что они имели большой уровень распространения в Сураханском районе по сравнению с контрольным районом. Так, число случаев выявления указанных заболеваний пародонта в среднем в Сураханском районе составляет $23,5 \pm 1,6$ против $18,0 \pm 1,4\%$ в контрольном районе.

В отношении частоты отдельных форм указанных заболеваний пародонта установлено следующее: в обеих группах обследования чаще выявляются лица с пародонтитом, нежели с пародонтозом. Так, согласно полученным данным, распространенность пародонтита составляет $15,9\%$ против $7,63\%$ пародонтоза, в контрольном районе $12,8\%$ против $5,17\%$. По частоте различных степеней тяжести поражения, по обоим районам чаще выявлены более легкие степени поражения.

Результаты биохимических исследований по выявлению количества металлов в слюне

концентрация металлов по сравнению с контрольным районом.

Так например в Сураханском районе в слюне содержание Cu составляет 2,48 против 1,23 мкг/л, Zn 3,33 против 1,33 мкг/л, Pb 1,25 против 0,52 мкг/л и т.д. Еще более выражены различия по содержанию изучаемых металлов в моче обследованных лиц. Так содержание Cu в моче жителей Сураханского района составляет 38,3 против 1,73 мкг/л (почти в 22 раза больше), Zn 35,9 против 1,78 мкг/л, Pb 30,2 против 1,71 (в 18 раз больше) и т.д. Эти данные позволяют отметить, что в Сураханском районе содержание указанных металлов в слюне и моче больных значительно выше, чем в контрольном районе.

Таким образом, проведенные нами исследования показывают, что в экологически неблагоприятном районе уровень стоматологических заболеваний достоверно выше, чем в контрольном районе, где отсутствуют вредные с экологической точки зрения промышленные предприятия. Одной из причин сложившейся ситуации, по-видимому, является, наряду с другими патогенными факторами, наличие в организме вышеуказанных металлов, которые оказывают опре-

Таблица 1

**Содержание металлов в слюне и моче у лиц, проживающих
в Сураханском и контрольном районе**

Металлы	Сураханский район		Контрольный район	
	содержание в слюне	содержание в моче	содержание в слюне	содержание в моче
Cu	2,48	38,3	1,23	1,73
Zn	3,33	35,9	1,33	1,78
Pb	1,25	30,2	0,52	1,71
Cd	0,08	1,24	0,05	0,24
As	1,39	26,4	0,51	1,33
Sb	0,05	0,9	0,03	0,50
Hg	-	4,16	-	2,61

и в моче у изучаемого контингента населения представлены в таблице (1), где видно, что практически по всем показателям в экологически неблагоприятном районе наблюдения определяется более высокая

деленное влияние на весь организм жителей способствует что, по нашему мнению, снижению резистентности организма к развитию основных стоматологических заболеваний.

О низком уровне деятельности стоматологической службы в экологически неблагоприятном районе свидетельствует большое число удаленных зубов и малое количество запломбированных зубов. Следует отметить недостаточно качественное состояние сто-

матологической службы в контрольном районе. Все это свидетельствует о необходимости усиления и усовершенствования системы организации стоматологической помощи в обоих изучаемых районах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агамалиев Н. Состояние слизистой оболочки полости рта, пародонта и некариозных поражений зубов у работников нефтеперерабатывающей промышленности Азербайджанской ССР. Автор. дисс. кан. мед. наук 1974, 25 с. Москва
2. Агафонов Ю.А. Особенности проявления заболеваний СОПР и губ у рабочих занятых в производстве рафинированной меди. Уральский стоматологический журнал 2004, №3, с 34-36
3. Алиева Р.К. Обработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской Республики. Автореф. дисс.докт.мед. наук. Москва 2001. 41 стр.
4. Драгинская С.А. Особенности заболеваний органов полости рта у4 рабочих хлорного производства, методики их лечения и профилактики Дисс.канд.мед.наук 137 с., 1995
5. Гараев З.И. Состояние зубов и слизистой оболочки полости рта у работников сульфатного производства (Клинико-экспериментальное исследование) Автореф. дисс. канд. мед. наук, Кубань, 1974 г.
6. Мурадова Л.Т. Характеристика состояния зубов, пародонта и слизистая оболочка полости рта у работников нефтедобывающей промышленности с повышением радиационным фоном. Дисс. канд. мед. наук, Баку 2007, 208 с.
7. Сабуров А.Х. Распространенность основных стоматологических заболеваний у населения Заревшанской долины. Автореф. дисс. кан. мед. наук 2007, 28 с.
8. Смирная С.В. Стоматологическая заболеваемость на гальваническом производстве при воздействии выделенных токсикантов и охраны здоровья работников. Автореф. дисс. кан. мед. наук 2007, 29 с.

XULASƏ

Ekoloji cəhətdən qeyri-qənaətbəxş regionlarda yaşayan insanlarda stomatoloji xəstəliklərin yayılması və onların ağız suyunda və sidirində ağır metalların miqdarı

Hüseynova S.T.

Azərbaycan Tibb Universitetinin terapeutik stomatologiya kafedrası

Aparılan elmi tədqiqatlar ekoloji qeyri-qənaətbəxş regionlarda yaşayan insanlarda stomatoloji xəstəliklərin yayılma səviyyəsi kontrol qrupla müqayisədə daha yüksək olmasını aşkar etmişdir. Bu nəticələr həm kariyes, həm də parodont xəstəliklərinə aiddir. Problemin əmələ gəlməsinin əsas səbəbi müayinə edilən insanların orqanizmində, daha dəqiq desək, ağız suyu və sidirdə ağır metalların çox miqdarda aşkar edilməsidir (Cu, Zn, Pb, Cd, As, Sb, Hg). Deyilənlər əsas stomatoloji xəstəliklərin əmələ gəlməsi və inkişafı zamanı immunoloji reaktivliyin zəifləməsinə təsdiqləyir.

Açar sözlər: Ekoloji cəhətdən qeyri-qənaətbəxş region, ağız suyunda və sidirində ağır metalların miqdarı

SUMMARY

The dental disease among the people living in the ecologic un favorable region and content of metal's salt in its urine and saliva.

S.T.Guseynova

The department of therapeutic dentistry AMU

Conducted dental researches of people who lives in ecologically un favorable region shows, that they have more cases of dental deceases than that in region contamination. Without industrial waste. This might be considered for teeth caries and parodontal illness. One of the cause of this problem. Could be high content of salts of high metals, that testis by highest containing of these in their urine and saliva. This is testify about loosing stability of against dental illnesses.

Key words: ecologic un favorable region, metal's salt in its urine and saliva

LOROBEN®

Xlorheksidin qlükonat 0.12%
Benzidamin HCL 0.15%

- Tonzilit (angina)
- Faringit
- Gingivit
- Parodontit
- Stomatit
- Diş ərpinin azaldılması

KƏSKİN SENSONEVRAL AĞİREŞİTMƏNİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ ANTİHİPOKSANTLARIN ƏHƏMİYYƏTİ

N.F. Mehdizadə

Ə.Əliyev adına ADHTİ-nun Otorinolarinqolojiya kafedrası

Müasir otorinolarinqologiyanın, habelə audiologiyanın əsas problemlərindən biri sensonevral ağırəşitmənin klinikası, diaqnostikası və müalicəsi problemdir (Hüseynov N.M. və həm.müə. 2005; Загорянская М.Е. və həm.müə. 2006; Пальчун В.Т., və həm müə., 2006; Шахова Е.Г., 2006; Дмитриев Н.С., Таварткиладзе Г.А., 2006). Son illərdə eşitmə qabiliyyətinin qəfil зияфлямясинин yaranmasında damar (Гугович В.А. 1983; Гусейнов Н.М. и соавт. 2009; Киме А.М., 1998) amillərinə aparıcı yer verilir. Damar pozğunluqları, virus infeksiyaları və immunoloji səbəblər işemiyaya və korti orqanının həssas hüceyrələrinin qidalanmasının pozulmasına gətirib çıxarır. Məhz buna görə də müasir mərhələdə aktual vəzifə daha çox müalicənin daryönümlü etioloji xarakteri ilə deyil, daha çox kəskin surətdə yaranmış daxili qulaq patol-ogiyasının ümumi patogenetik mexanizmlərinə təsiri ilə bağlı olan müalicə tədbirlərinin işlə-nib hazırlanmasıdır.

Tədqiqatın məqsədi – xəstəliyin yaranma səbəblərinin və kliniki təzahürlərinin xüsusi-yətlərinin kompleks tədqiqi əsasında və kəskin sensonevral ağırəşitmənin etiopatogenetik cəhətdən əsaslandırılmış kompleks terapiyanın işlə-nib hazırlanması yolu ilə müalicənin keyfiyyətinin artırılmasıdır.

Material və tədqiqat metodları. Tədqiqatın planlaşdırılması zamanı dörd mərhələnin ayrılması nəzərdə tutulmuşdu: Birinci (klinik) mərhələdə kəskin sensonevral ağırəşitmənin klinik təsvirini dəqiqləşdirmək, patologiyanın audioloji xüsusiyyətlərini və onların dinamikasını



dəqiqləşdirmək məqsədi ilə müalicə prosesində 60 xəstənin müayinəsinə həyata keçirmək; Tədqiqatın ikinci (nəzəri) mərhələsində kəskin sensonevral ağırəşitmənin etiopatogenezi barədə mövcud təsəvvürlər nəzərə alınmaqla, ağırəşitmənin xüsusi müalicə metodikasını işləyib hazırlamaq; Tədqiqatın üçüncü (klinik) mərhələsində kəskin sensonevral ağırəşitmənin klinik təsvirini dəqiqləşdirmək, patologiyanın audioloji xüsusiyyətlərini və onların dinamikasını dəqiqləşdirmək məqsədi ilə müalicə prosesində işlə-nib hazırlanmış metodika əsasında 40 xəstənin müayinəsinə həyata keçirmək; Tədqiqatın dördüncü (nəzəri) mərhələsində müayinə olunmuş bütün xəstələrin klinik və audioloji göstəricilərinin müqayisəsi həyata keçirmək, kəskin sensonevral ağırəşitmənin işlə-nib hazırlanmış müalicə metodikasının tətbiqinin klinik əhəmiyyəti və məqsədə uyğunluğu barədə nəticə çıxarmağa imkan vermək.

Artıq yuxarıda göstəriləndi kimi, irəli sürülmüş məsələləri həll etmək və məqsədlərə nail olmaq üçün 18 yaşdan 60 yaşa qədər olan kəskin sensonevral ağırəşitməsi olan 100 xəstə müayinə olunmuşdur.

Kəskin sensonevral ağırəşitməsi olan xəstələr arasında kişilər (38% qadınlarla müqayisədə 62%) üstünlük təşkil etmişdir. Sensonevral ağırəşitmənin inkişafının əsas etioloji amilləri damar pozuntuları (adətən, daxili qulağın kəskin patologiyası hipertonic krizin fonunda və ya bilavasitə olaraq ondan sonra inkişaf etdi) olmuşdur. Travmatik mənşəli ağırəşitmə müayinə olunmuş xəstələrin 14%-də müşahidə olunurdu, bununla belə ağırəşitmənin səbəbi

kimi baş beynin mexaniki travması müayinə olunmuş xəstələrin 8 faizində, aku-barotravma isə -xəstələrin 6%-də müəyyən edilmişdir. Onurğa sütununun boyun şöbəsinin osteoxondrozu fonunda vertebral-bazilyar hövzədə beyin qan dövranının kəskin pozulmasının inkişaf etməsi xəstələrin 14%-də müşahidə edilmişdir. Kəskin sensonevral ağrıəşitmənin inkişafının qalan səbəblərinin dərəcəsi 2-6 % arasında dəyişirdi.

Otorinolaringoloji müayinə vestibulyar analizatorun tədqiqi, beyinciğin funksiyasının tədqiqi, kəllə-beyin sinirlərinin: roxybilmə, üçlü, uzaqlaşdırıcı, aralıq və digər sinirlərin funksiyalarının tədqiqi ilə birlikdə otonevroloji müayinə ilə tamamlanmışdır. Kompleks audioloji müayinə üçün bu metodlardan istifadə olunmuşdur: sümük və hava keçiriciliyi üzrə astanalı tonal audimetriya, o cümlədən genişlənmiş tezlik diapazonlarında; eşitmə sahəsinin diskomfort ucalığının dərəcəsinin və dinamik diapazonunun tədqiqini əks etdirən astanüstü tonal audimetriya; qəbul edilən səs tezliklərinin aşağı həddinin müəyyən edilməsi; ultrasəsə səs həssaslığının tədqiqi; impedansometriya.

Daxili qulağın patologiyasını əmələ gətirən səbəbləri və diaqnozu müəyyən etdikdən sonra müvafiq etiopatogenetik müalicə təyin olunmuş və aparılmışdır. Bütün hallarda müalicə kompleks xarakter daşımışdır.

Medikamentoz müalicə çərçivəsində damar-genişləndirici preparatlardan, antibakterial preparatlardan, iltihabəleyhinə, desensebilizasiyaedici və sedativ preparatlardan, eləcə də toxuma mübadiləsinə və sinir liflərinin keçiriciliyini yaxşılaşdıran dərmanlardan istifadə olunmuşdur. Medikamentoz müalicəni fizioterapevtik təsirlə tamamlanmışdır (nikotin turşusu məhlulu ilə endoural şəkildə elektroforez).

Nəzarət qrupunda yuxarıda sadalanan tədbirlər антиципоксанти - meksidolun təyini ilə tamamlanmışdır. Sonuncunu sutkada 250 mq olmaqla venadaxili damcı ilə ilk dörd gündə tətbiq edilmişdir. Sonra isə preparat növbəti iki həftə ərzində sutkada 100 mq olmaqla əzələ-daxilinə təyin edilmişdir.

Tədqiqatların nəticələri və onların müzakirəsi.

Tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, xəstələrdə eşitmənin aşağı enməsindən əlavə, onları qulaq küyü, baş ağrısı, baş gicəllənmə və müvazinətin pozulması kimi hallar narahat etmişdir.

Müainə edilən hər iki - istər birinci, istərsə ikinci qrupun xəstələrində, şikayətlərin struktur və dərəcəsi olduqca oxşar olduğunu, mövcud fərqlərin isə minimal olduğunu göstərir ki, bu da tam müqayisəli təhlilin aparılmasına da əsas vermişdir. Müqayisəli təhlilin məlumatları aparılmış müalicədən sonra artıq müşahidə qrupları üzrə əhəmiyyətli fərqlərin olduğunu göstərir. Bütün tədqiq edilən göstəricilər üzrə ikinci qrupun xəstələrində əsas şikayətlərin dərəcəsi, birinci qrupda olduğundan daha aşağıdır. Fərq 0,5%-dən (baş ağrısı) 18%-ə qədərdir. (eşitmənin aşağı düşməsi)

Astanalı tonal audimetriyanın məlumatlarına görə tədqiq edilən birinci və ikinci qrupların xəstələrinin audioloji xüsusiyyətlərinin demək olar ki eyni olduğunu göstərir. Əhəmiyyətsiz və statistik cəhətdən yoxlanmamış fərqlər mövcud olmuşdur. Belə ki, birinci qrupun xəstələrində aşağı tezliklərdə səs qavrayışının qüsuru ikinci qrupda olduğundan bir qədər yuxarı olmuşdur. Yuxarı tezliklərdə əks mənzərə müşahidə olunurdu.

Alınan məlumatlar müalicədən sonra səslərin qavranılmasının qusur dərəcəsi üzrə müşahidə qrupları arasında mövcud əhəmiyyətli fərqləri əsaslı şəkildə nümayiş etdirir. Bu fərqlər xüsusilə də orta və yuxarı tezliklərdə özünü büruzə verir. Bu şəkildə orta tezliklərdə səslərin qavranılması qüsurunun kəmiyyətindəki fərq 10-15 dB, yüksək tezliklərdə isə 15-dən 75 dB-ə qədərdir. Bununla belə səslərin qavranılmasının qüsurları bütün hallarda birinci qrup xəstələrlə müqayisədə ikinci qrup xəstələrdə aşağıdır.

Alınan məlumatlar ikinci qrup xəstələrdə eşitmə sahəsinin dinamik diapazonunun parametrlərinin birinci qrup xəstələrdən bir qədər aşağı olmasını göstərir. Lakin bu fərq ümumi-

likdə audiometrin xətası kimi qiymətləndirilən 5 dB kəmiyyətini keçmir, amma yenə də fərqlərdə oxşar istiqamət mövcuddur.

Aparılmış müalicənin nəticəsində ikinci qrup xəstələrdə dinamik eşitmə sahəsinin kəmiyyəti çox sürətlə artmış və praktiki olaraq normaya yaxınlaşır, lakin birinci qrup xəstələrdə dinamik eşitmə sahəsinin kəmiyyəti belə deyil. O bir qədər azalan şəkildə qalmaqda davam edir.

Aparılmış tədqiqatın nəticəsində əldə olunmuş məlumatların təhlili 1 qrupun xəstələrin çox hissəsinin (53,33%) aparılan müalicənin nəticəsində istər eşitmənin, istərsə də ümumi əhvalın yaxşılaşmasını qeyd etdiklərini göstərir. Xəstələrin 35 %-i aparılmış müalicənin kəskin şəkildə yaranan xəstəlikdən xilas olmağa imkan verməsini və eşitmə qabiliyyətinin tam bərpa olunduğunu hesab etmiş, lakin, 65 %-i onlarda eşitmə qabiliyyətinin bərpa olunmadığını qeyd etmişlər.

Müalicənin nəticələrinin ikinci qrup xəstələr tərəfindən subyektiv qiymətləndirilməsinin xüsusiyyətləri təqribən, hər iki xəstədən biri özünü sağalmış hesab etdiyi halda, 10%-i müalicənin nəticələrindən narazı qalmışlar.

Müqayisəli təhlilin obyektivləşdirilməsi üçün istər birinci, istərsə də ikinci qrup xəstələrdə müxtəlif göstəricilərin korrelyasion təhlili aparılmışdır. Bunun üçün representativ seçmə metodu ilə hər bir qrupdan 10 ədəd tədqiqatlara dair müşahidə protokolları seçilmişdir.

Korrelyasion matrisanın tərtib edilməsi üçün aşağıdakı amil və parametrlər seçilmişdir:

-xəstəliyin etioloji səbəbi (1- damar patologiyası, 2- onurğanın sütununun boyun şöbəsinin osteoxondrozu, 3-travma (başın travması və aku-barotravma), 4-infeksiya və intoksikasiyalar, 5- xəstəliyin müəyyən edilməmiş səbəbi);

-müalicənin başlanma müddətləri (1-xəstə

təliyin başlamasından üç sutka ərzində, 2- 3 sutkadan 5 sutkaya qədər olan dövr, 3 sutka -5 sutkadan artıq);

-müalicə sxeminə antihipoksantların daxil edilməsi (0-istisna, 1-daxiletmə);

-müalicədən являл və sonra astanalı tonal audimetriya göstəriciləri fərqlərinin (mütləq rəqəmlər) müsbət dinamikaının kəmiyyəti.

Yuxarıda göstərilən amillər və parametrlər arasında korrelyasion təhlilin aparılmasının nəticələri müalicənin başlama müddəti və onun müsbət effekti arasında yüksək dərəcəli ($r=0,7$) mənfi korrelyasiya əlaqəsinin olmasını göstərmişdir. Yəni, müalicəyə nə qədər tez başlanılsa, müalicənin effekti də bir o qədər yüksək olar.

Əldə edilmiş materialların riyazi işlənməsinin nəticələri kəskin sensonevral ağrıəşitmənin kompleks müalicəsində eşitmə funksiyasının bərpasının müsbət dinamikaı və antihipoksantların tətbiqi arasında yüksək korrelyasion əlaqənin ($r=0,7$) olmasını göstərmişdir. Bununla belə, antihipoksantların tətbiqi xəstənin ixtisaslaşmış otorinolarinqoloji köməyə müraciət etməsi nəzərə alınmaqla, müalicənin effektivliyini demək olar ki, 1,5-2 dəfə yüksəltməyə imkan verir.

Korrelyasion təhlil aparılmaqla əldə olunmuş materialların riyazi işlənməsinin nəticələri həmçinin göstərmişdir ki, xəstəliyin əmələ gəlmə səbəbi (kəskin sensonevral ağrıəşitmə) ilə onun müalicəsinin effekti arasında əlaqə demək olar ki, yoxdur ($r=0,2$). Hətta antihipoksantların tətbiq edilməsi zamanı belə hər hansı bir nəzərə çarpan fərqlər əldə edilməmişdir. Bütün bunlar xəstəliyin bütün etiopatogenetik formalarında daxili qulağın neyroepitelisində hipoksiya elementinin mövcud olduğunu göstərir.

NƏTİCƏLƏR

1. Kəskin sensonevral ağıreşitmə daha çox damar patologiyası (hipertonik xəstəlik, və ya onun əmələ gəlməsinə gətirib çıxaran amillər, istər ümumi ateroskleroz, istərsə də baş beyin damarlarının aterosklerozu), vertebral-bazilyar hövzədə qan dövranının pozulmasına gətirib çıxaran onurğa sütunun boyun şöbəsinin osteoxondrozu fonunda, travmatik zədələnmələr zamanı yaranır.

2. Kəskin sensonevral ağıreşitmənin başlıca təzahürləri eşitmə

qabiliyyətinin əhəmiyyətli dərəcədə aşağı düşməsi, qulaq küyü və baş ağrısıdır.

3. Kəskin sensonevral ağıreşitmənin başlıca audioloji əlamətləri sümük və

hava keçiriciliyi üzrə qüsurların artması, səs ucalığının tezləşmə fenomeninin yaranmasını əks

etdirən eşitmə sahəsinin dinamik diapazonunun daralmasıdır.

4. Kəskin sensonevral ağıreşitmə xəstəliyi olan xəstələrin kompleks müalicə sxeminə antihipoksantların daxil edilməsi eşitmə funksiyasının və qulaq küyünün aşağı düşməsi formasında xəstəliyin kliniki əlamətlərini əhəmiyyətli dərəcədə aradan qaldırmağa, eləcə də eşitmə funksiyasını səslərin qavranılması qüsurlarının azaldılması və səs ucalığının tezləşmə fenomeninin aradan qaldırılması hesabına əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa imkan verir.

5. Antihipoksantların tətbiqinin effektivliyi sensonevral ağıreşitmənin istənilən etioloji amilində özünü büruzə verir.

Ədəbiyyat:

1. Гусейнов Н.М., Эфендиев А.З., Фараджева Ф.С., Асади Я.М., Ализаде И.Т. Клиника, диагностика и лечение острой нейросенсорной тугоухости. Ə.Əliyev adına AzDHTİ-nun 70-illiyinə həsr olunmuş elmi əsərlərin məcmuəsi, Gянджа, 2005, , стр. 152-155.

2. Гусейнов Н.М., Эфендиев А.З., Ализаде И.Т., Асади Я.М. Результаты лечения больных острой нейросенсорной тугоухостью антиоксидантами. // Журнал Российская оториноларингология, Санкт-Петербург., 2009, №3 (40),, ст. 41-44.

3. Гукович В.А. Современные аспекты патологического лечения больных невритом слуховых нервов / В.А. Гукович // Журнал ушн., нос. горл. болезней.-1983.-№6.-С.18-23.

4. Дмитриев Н.С. Медико-социальная экспертиза пациентов с нарушениями слуха / Н.С. Дмитриев, Г.А. Таварткиладзе // Материалы XVII съезда оториноларингологов России (тезисы).- г. Нижний Новгород 7-9 июня 2006 г.- СПб: «Рио-Ами», 2006.- С. 20 - 21.

5. Пальчун В.Т. Реабилитация нарушений функции слуха в возрастном аспекте / В.Т. Пальчун, Н.Л. Кунельская, О.В. Мальченко и др. // Материалы XVII съезда оториноларингологов России (тезисы).- г. Нижний Новгород 7-9 июня 2006 г.- СПб: «Рио-Ами», 2006.- С. 51.

6. Шахова Е.Г. Эпидемиологические аспекты проблемы сенсоневральной тугоухости в Волгоградской области / Е.Г. Шахова // Материалы XVII съезда оториноларингологов России (тезисы).- г. Нижний Новгород 7-9 июня 2006 г.- СПб: «Рио-Ами», 2006.- С. 72..

7. Kime J. Nahea jednostranna nedoslyihovost percepiniho typn az Hluchota na podnlade hugropsu kochlearniho duktn / J. Kime // Čes. Otolaryng.-1978.-R. 27, № 4.-S. 202-212.

РЕЗЮМЕ

ЗНАЧЕНИЕ АНТИГИПОКСАНТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Н. Ф. МЕХТИЗАДЕ

Азгиув им. А.Алиева кафедра оториноларингологии

Целью данного исследования явилось повышение качества лечения тугоухости на основе комплексного изучения причин возникновения и особенностей клинических проявлений заболевания и путем разработки этиопатогенетически обоснованной комплексной терапии у 100 больных с острой сенсоневральной тугоухости.

С целью уточнения клинической картины острой сенсоневральной тугоухости при различных этиологических факторах, уточнены аудиологические характеристика патологии и их динамики в процессе лечения было проведено обследование 60 больных.

На втором этапе исследования (теоретическом) с учетом существующих представлений об этиопатогенезе острой сенсоневральной тугоухости была разработана специальная методика лечения тугоухости.

На третьем этапе исследования (клиническом) с целью уточнения клинической картины острой сенсоневральной тугоухости при различных этиологических факторах, уточнения аудиологических характеристик патологии и их динамики в процессе лечения на основе разработанной методики было проведено обследование 40 больных.

На четвертом этапе исследования (теоретическом) было проведено сопоставление клинических и аудиологических показателей всех обследованных больных, что позволило сделать выводы о клинической значимости и целесообразности включения антигипоксанта в комплексную схему лечения больных острой сенсоневральной тугоухостью.

Ключевые слова: АНТИГИПОКСАНТ, ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

SUMMARY

THE VALUE OF ANTIHYPOXANTHINE IN MULTIMODALITY THERAPY OF ACUTE SENSORINEURAL DEAFNESS

N. F. MEHDIZADEH

ASIAFD named A.Aliyev. ETN-disease department

The purpose of the present investigation was the increasing of the quality of the deafness treatment on the base of comprehensive study of the reasons of existence and features of clinical appearance of disease by the way of working by complex therapy substantiated etiopathogenetically on 100 patients with acute sensorineural deafness.

With the purpose of determination of clinical finding of acute sensorineural deafness within different etiological factors, determination of audiologic characteristics of pathology and their dynamics within the treatment process on the base of the developed methodology have been carried out on 60 patients.

In the second stage of the examination (theoretical) in consideration with legacy conceptions about the etiopathogenesis of acute sensorineural deafness, the special methodology of deafness treatment. In the third stage of the examination (clinical), with the purpose of determination of clinical finding of acute sensorineural deafness within different etiological factors, determination of audiologic characteristics of pathology and their dynamics within the treatment process on the base of the developed methodology have been carried out on 40 patients. In the forth stage of the examination (theoretically), alignment of clinical and audiologic indications of all treated patients have been carried out, which helped to draw a conclusion about clinical essence and appropriateness of including of antihypoxanthine into the complex scheme of treatment of patients with acute sensorineural deafness.

Key words: ANTIHYPOXANTHINE, ACUTE SENSORINEURAL DEAFNESS

UŞAQLARDA KƏSKİN HERPETİK STOMATİTİN MƏDƏ BAĞIRSAQ DİSBAKTERİOZU İLƏ QARŞILIQLI ƏLAQƏSİ

R.Q.Əliyeva, Y.İ.Bayramov

ATU-nun uşaq stomatologiyası kafedrası

Məlumdur ki, kəskin herpetik stomatitin törədicisi Herpeviridas ailəsindən olan fiziki və bioloji xüsusiyyətlərinə görə fərqlənən alfa-herpes viruslarının I antigen tipi olan sadə herpes virusudur (SHV) (3).



Əgər orqanizmin qoruyucu qüvvələri xəstəliyin törədicisi ilə mübarizədə qalib gələ bilmirsə inkubasiya dövründə birincili virusemiya-yəni virusun qana keçməsi müşahidə olunur. SHV-nin hematogen baryerdən orqan və toxumalara keçməsi diapidez yolu ilə baş verir. Qaraciyər, dalaq və başqa orqanlarda çöküb sürətlə inkişaf edərək külli miqdarda virus yenidən qana keçir və ikincili virusemiya əmələ gətirir. İkincili virusemiya zamanı viruslar dəriyə və selikli qışaya keçib, orada toxumadaxili inkişafını davam etdirir. Virusun orqanizmdə yayılması hematogen, limfogen və neyrogen yollarladır.

Kəskin herpetik stomatitin törədicisi olan sadə herpes virusu-DNT tərkibli virus olaraq insan orqanizmində ömür boyu qalmaq xüsusiyyətinə malik olub, virusun bədənə giriş nöqtəsindəki dəri və ya selikli qışada replikasiyaya uğrayıb neyron boyunca yuxarı qalxaraq hissi sinir qanqlion hüceyrələrində əsasən Qasser düyünündə yerləşir. Bütövlükdə SHV-I triqeminal qanqlion olaraq latent haldadır. Latent dönməndəki virus gün işığı, hormonal və immun dəyişikliklər, travma, qızdırmalı xəstəliklər kimi müxtəlif səbəblərlə aktivləşə bilər və bu durumda neyronlardan aşağı enərək dəridə və selikli qışada çoxalır və iltihaba səbəb olur (4,5).



SHV törətdiyi KHS ABSQ xəstəlikləri arasında ən geniş yayılanı olub 80% təşkil edir.

Uşaqlar arasında KHS-in xarakterik xüsusiyyətləri əsasən onun həzm yolunun pozğunluğu ilə birgə təsadüf etməsidir (6).

Uşağın sağlamlıq vəziyyəti və əksər xəstəliklərə qarşı orqanizmin müqaviməti bağırsaq mikroflorasının formalaşması və onun fəallığından asılıdır (7).

Normal bağırsaq mikroflorasının orqanizmdəki rolu təkcə maddələr mübadiləsində iştirakı, vitaminlər və bir sıra bioloji aktiv maddələr sintez etmələri ilə məhdudlaşmır, onlar patogen və şerti patogen mikroorqanizmlərlə münasibətdə antoqonist fəallıq göstərməklə infeksiya xəstəliklərinin inkişafının qarşısını alır (1,8).

Mədə bağırsaq traktı selikli qışasının mühafizə funksiyasının mexanizmi simbioz və patogen mikroflora arasında mövcud olan təbii bioloji antoqonizm əsaslanır və canlı orqanizmin ontogenetik və filogenetik qeyri-spesifik mühafizə vasitəsidir (9,10).

Həmçinin əsaslı şəkildə sübut edilmişdir ki, normal bağırsaq mikroflorası orqanizmdə mühüm müdafiə mexanizmlərinin o cümlədən, istər spesifik, istərsə də qeyri spesifik immun komponentlərin formalaşmasında və qida tolerantlığının yaranmasında mühüm rol oynayır (11).

Normal bağırsaq mikroflorası-insan sağlamlığı üçün vacib sayılan ayrı-ayrı üzv və sistemlərdə müxtəlif mikroorqanizmlərin kəmiyyət və keyfiyyətə münasibətini, mikroorqanizmin

biokimyəvi, metabolik və immunoloji tarazlığını təmin edir (2).

Normal bağırsaq mikroflorası trofik funksiya olaraq – hüceyrənin proliferasiya və differensiasiyası üzərində nəzarət, immun sistemin inkişafı (B-limfositlərin, plazmatik hüceyrələrin, immunoqlobulinlərin sintezi, properolin, Lizosim komponentləri və onun funksiyalarının səviyyəsini tənzimləmək) və homeostazi tənzimləyir.

Beləliklə, müasir təsəvvürlərə görə orqanizmin müdafiə sistemində və onun daxili mühitinin qorunmasında əsas həlqə normal bağırsaq florasıdır (12).

Mədə bağırsaq disbakteriozu – mikrofloranın hərəkəti tarazlığının pozulması 3 yaşadək uşaqlarda daha çox rast gəlinir və onlarda ağır patoloji proseslərin inkişafında risk faktoru kimi qəbul edilir. Disbakterioz təkcə mədə bağırsaq mikroflorasının müxtəlif nümayəndələrinin kəmiyyətə dəyişilməsi deyil həmçinin onların klinik simptomlarla müşayiət olunan funksiyalarının və xassələrinin dəyişilməsi ilə səciyyələnir (13,14).

Hal-hazırda bir çox müəlliflər tərəfindən disbakterioza orqanizmin adaptasiya qabiliyyətində olan pozğunluq və onun fonunda irinli-iltihabi xəstəliklərin ağırlaşmalarla keçməsi kimi baxılır (15).

Yenidoğulmuşlarda mədə-bağırsaq traktının pozğunluqlarında, uzun müddətli antibiotikoterapiyadan sonra ön plana çıxan disbakterioz aktual problemlərdən biridir. Mədə bağırsaq xəstəlikləri olan uşaqların 100%-də disbakterioz müşahidə olunur (16,17).

Klinik müşahidələr göstərir ki, bağırsaq disbakteriozunu əsas klinik diaqnoz kimi qoymaq olmaz. Belə ki, o ümumi və yerli immunoloji reaktivliyin azalması ilə gedən bir çox xəstəliklərin ayrılmaz hissəsidir. Disbakteriozun klinik şəkli çox vaxt mədə-bağırsaq traktının selikli qişasının zədələnməsi, onun motor, evakuator və sorulma funksiyasının pozulması ilə əlaqədardır. Bu zaman klinik əlamətlərin ifadə olunması təkcə bağırsaq biosenozunun pozulması ilə deyil, həm də homeostazın metabolik və immunoloji xüsusiyyətlərinin fərdiliyi, mədə-

bağırsaq traktının sekretor və motor yetkinliyi mərkəzi sinir sisteminin vəziyyəti ilə sıx əlaqədardır (18,19).

Ontogenezi prosesində həzm traktında müxtəlif sinif immunoqlobulinlərin sekresiya qabiliyyəti eyni zamanda yaranır: İgG və İgM-in biosintezi dölün 10-12-ci həftəsindən başlayır, doğulan anda uşaq infeksiyalanmaya İgM ilə cavab verir İgG ilə əsasən transplasental olaraq anadan keçmiş olur, həyatın 3-6 ayında onun səviyyəsi kəskin enir, İgA doğulana qədər ümumiyyətlə olmur (21). Bir çox patogen və şərti patogen bakteriyalara bakteriostatik təsir göstərən İgA-nın bakterisid qabiliyyəti yalnız laktoferrinin iştirakı ilə həyata keçirilir.

Son illərin elmi tədqiqatlarının nəticələri təcrübədə daha çox rast gəlinən və müxtəlif səbəblərlə ortaya çıxan herpes simpleks viruslarının (HSV) törətdiyi kəskin herpetik stomatitlə əsasən 6 aydan – 3 yaşa qədər olan uşaqların daha çox xəstələndiyini sübut edir. Çünki bu yaşda uşaqlara intraplasental və ana südü ilə keçən anticisimlər yox olur, spesifik və qeyri spesifik immunitet tam formalaşmamış və histo hematik baryerlərin keçmə xüsusiyyətləri yüksək olur (22,23).

Mədə-bağırsaq mikroflorasının pozulması-disbakteriozlar-patoloji proses olub müxtəlif xəstəliklərin gedişində əlavə və ya başlıca halqa sayılır, əsas xəstəliyin gedişini ağırlaşdırır və onun nəticələrinə təsir göstərir (20).

Tədqiqatın məqsədi: Bütün yuxarıda qeyd olunanlardan da görünür ki, ABSQ patologiyaları və uşaqlarda həzm yolunun vəziyyəti arasında olan qarşılıqlı əlaqə kifayət qədər öyrənilməmişdir.

Mədə bağırsağın disbakteriozu və ABSQ-nın patologiyaları, xüsusilə KHS arasında olan qarşılıqlı əlaqənin öyrənilməsinə dair tədqiqatlar aparılmamışdır.

Ona görə də uşaqlarda kəskin herpetik stomatitin əmələ gəlməsi ilə mədə bağırsaq disbakteriozu arasındakı qarşılıqlı əlaqəni öyrənməklə mədə bağırsaq disbakteriozu olan uşaqlarda kəskin herpetik stomatitin (KHS) gedişinin, kliniki formalarının öyrənilməsi və kompleks müalicəsinin təkmilləşdirilməsinə nail olmaqdır.

Tədqiqatın materialları və müayinə metodları: K.Fərəcova adına Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitutunun, Ə.Qarayev adına 2 saylı uşaq klinik xəstəxanasının mədə bağırsaq xəstəlikləri şöbələrində və Şəmkir rayonu Çənlibel kənd xəstəxanasında mədə bağırsaq xəstəlikləri ilə qəbul olunub müalicə olunan 3 yaşa qədər uşaqların monitorinqi aparılaraq eyni zamanda aseptik və antiseptik qaydalara əsaslanıb kliniki müayinə zamanı birdəfəlik istifadə olunan alətlərdən istifadə edilir.

Mədə bağırsaq xəstəlikləri olan 3 yaşa qədər uşaqlarda apardığımız müşahidə və kliniki müayinənin ilkin nəticələri göstərir ki, mədə bağırsaq xəstəlikləri olan uşaqların hər birində kəskin herpetik stomatitin klinikasına uyğun olaraq ümumi intoksikasiya və ağız boşluğu selikli qişasında yerli simptomlar var. Bunları dəqiqləşdirmək üçün laborator müayinə metodları olan diaqnostik və immunoloji üsullardan istifadə olunur.

İstifadə olunmuş ədəbiyyat

1. Əliyev Ə.Z. Yenidöğmüşlərdə MSS-nin perinatal hipoksik zədələnməsi fonunda inkişaf etmiş sepsis zamanı həzm sisteminin funksional vəziyyəti: tibb elm. Nam...dis.avtoref. Bakı, 1997, 21 s.
2. Quliyeva Z.M. Erkən yaşlı uşaqlarda bağırsaq disbakteriozunun xüsusiyyətləri // Sağlamlıq, 2008, № 2, s. 159.
3. Barinskiy İ.F. Qerpes: gtioloqiə, diaqnostika, leçenie. M.: Mediüina, 1994, 342 s.
4. Беляков И.Н. Иммунная система слизистых. Иммунология, 2001, № 4, с.7-12.
5. Самгин М.А., Халдин А.А. Фамвир: два подхода к терапии простого герпеса // Вестник дерматол. и венерол., 2000, № 3, с. 40-42.
6. Фрейдлин И.С. Иммунная система и ее дефекты: Рук. Для врачей. СПб.: НТФФ «Полисан», 1998, 112 с.
7. Урсова Н.И. Нарушения микрофлоры и дисфункции билиарного тракта у детей: руководство для практикующих врачей / Под.ред.Римарчук Г.В.М. Прототип, 2005, 154 с.
8. Алиева Р.К., Мирзазаде Э.С. Современный метод лечения герпетического стоматита у детей // Sağlamlıq, 2206, №6, səh. 192-194.
9. Кубаева И.Б., Ладодо Н.С. Микроэкологическое и иммунные нарушение у детей. М., 1991. 240 с.
10. Вилев А.Е., Осипов Ю.Я., Мищенко О.Е. Дисбактериоз кишечника при неинфекционных болезнях у жителей Самарской области / Диагностика, лечения и профилактика инфекционных заболеваний. Биотехнология. Материалы науч., конф. Центра В.Т.П. Екатеринбург, 1999, с. 36-37.
11. Циммерман Я.С. О сущности понятия «Дисбактериоз (Дисбиоз)» кишечника и правомерности использования этого термина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2000, т.10, №1, с. 81-84.
12. Байгузина Ф.А., Захарова Р.Ш., Шторман Г.А. Новый штамм бактерий *Bacillus subtilis* 12-В, обладающий широким спектром антагонистической активности отношении патогенных микроорганизмов / Тез. Докл. VI Рос-Итал. научн. конф. «Инфекционные болезни, диагностика, лечение, профилактика» СПб, 2000, с. 19.
13. Белоусова В.А., Асанова Г.А., Зайцев И.Ф., Гончаренко А.Н. Мониторинг состояния здоровья детей перенесших перинатальную патологию в периоде новорожденности / Матер 9 съезда педиатров России М., 2001, с.73.
14. Гускова Т.А., Пушкина Т.В. Дисбиотическая состояния как побочные эффекты лекарственных средств неантибиотической группы / Дисбактериозы и эубиотики. М., 1996, с.11.
15. Кушнарева М.В., Дементева Г.М., Мархулия Х.М., и др. клиническая и бактериологическая эффективность препарата пробифор у недоношенных детей с дисбактериозом кишечника // Педиатрия, 2005, №1, с. 59-62.
16. Касумова С.М. Современная концепция патогенеза и принципы терапии кишечного дисбиоза у детей // Биомедицина, 2007, №3, с.7-12.
17. Захаренко С.М. Тактика применения бактерио - препаратов при дисбиозах кишечника / Тез. Докл. VI Рос-Итал. научн. конф. «Инфекционные болезни, диагностика, лечение, профилактика». СПб, 2000, с. 93-94.
18. Копанев Ю.А., Соколов А.Л. Дисбактериоз кишечника и дисбиотические и клинические аспекты микрoэкологических нарушений у детей М., 2002, 168с.
19. Лопаткина Т.К., Бляхер М.С., Николаенко В.Н. Иммуномодулирующие действие эубиотиков при разных видах патологических состояний, сопровождающихся дисбактериозом / Дисбактериозы и эубиотики. М., 1996, с.21.
20. Ленцнер А.А. Социальные и медицинские аспекты проблемы дисбактериозов / Дисбактериозы и эубиотики. М., 1996, с.23.
21. Schiffrin E., Brassart D., Servin A. Immune modulation of blood leucocytes in human by lactic acid bacteria; criteria for strain selections // Am I. Clin. Nutr. , 1997, v.66, No 2, p.515-520.
22. Dwyer D. , Cunningham A. Herpes simplex virus infection in preqnancy // Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol. , 1993, vol.7, № 1, p.75-105.
23. Loqan H. , Lutgendorf S. , Hartwinq A. Immune, stress and mood markers related to recurrent oral herpes outbreaks // Oral.Surq. , 1998, vol.86, p.48-54.



FDI World Dental Federation



Азербайджанская Стоматологическая Ассоциация

CONTINUING EDUCATION PROGRAMME

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

23 сентября 2010 года Всемирная Федерация Стоматологов (FDI) совместно с Азербайджанской Стоматологической Ассоциацией (ACA) проводит в городе Баку Международную Научную Конференцию в рамках Continuing Education Programme, проводимой во всем мире.

Научная программа конференции проводится ведущими профессорами-лекторами Всемирной Федерации Стоматологов и включает доклады по различным разделам стоматологии:

- эндодонтии
- челюстно - лицевой хирургии
- имплантологии
- ортодонтии
- профилактике

Часы работы конференции
с 9⁰⁰ - до 18⁰⁰

Официальные языки конференции:
азербайджанский, русский, английский,
турецкий.

Участникам конференции будет выдан
сертификат Всемирной Федерации
Стоматологов и Азербайджанской
Стоматологической Ассоциации.



Контактный адрес:

(+99412) 566 02 83
(+99455) 855 72 37
(+99450) 326 19 68
(+99455) 711 45 59
e-mail: azerbstom@yahoo.com

2010

«STOMATOLOGIYANIN AKTUAL PROBLEMLƏRİ MÜASİR NƏİLİYYƏTLƏR BAXIMINDAN» BEYNƏLXALQ ELMİ-PRAK- TİK KONFRANSIN MATERIALLARI

Эффективность применения препаратов "Витафтор" и "Намацит" в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом

Белоклицкая Г.Ф., Погребняк А.В., Халили Джафар

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика
(г. Киев, Украина)

Значительная распространенность генерализованного пародонтита (ГП), тяжесть течения, увеличение количества осложненных форм и кратковременность ремиссии обуславливают постоянный поиск новых методов и средств его лечения.

Цель исследования - изучить клиническую эффективность препарата "Витафтор" и его сочетания с микроэлементным препаратом "Намацит" в схемах комплексного лечения больных ГП.

Под наблюдением находилось 74 пациента, которые в зависимости от поставленного диагноза были разделены на 3 группы: 1-я - пациенты с ГП I ст. с хроническим течением (30 чел.); 2-я - пациенты с ГП I-II ст. с хроническим течением (30 чел.); 3-я - пациенты с ГП I-II ст. с обострившимся течением (14 чел.).

Базисная местная терапия для больных 3-х групп была общепринятой. В 1-й группе дополнительно использовали местно минеральный препарат «Намацит» в виде 3% водного раствора для аппликаций по 15-20 мин. (курс 5 - 7 дней). Во 2-й группе дополнительно назначали таблетки для рассасывания в полости рта «Витафтор». В 3-й группе кроме «Витафтора» дополнительно назначали перорально минеральный препарат «Намацит».

В качестве критериев оценки эффективности лечения были использованы объективные пародонтологические индексы и пробы.

Клинические результаты, полученные в результате применения I схемы лечения показали, что устранение признаков воспалительного процесса в тканях пародонта (достоверное - $p < 0,05$ - снижение индекса РМА в 7,7 раза, индекса кровоточивости в 11,7 раза, отрицательная проба Шиллера-Писарева) было достигнуто на 5 - 7 посещение. Значительно улучшилось гигиеническое состояние полости рта: снижение индексов Грин-Вermильона в 2,9 раза, Турурески - в 2,6 раза, О'Лири - в 6,7 раза ($p < 0,05$).

Позитивные клинические результаты, полученные после применения II схемы лечения, подтверждены снижением индекса РМА в 11 раз, полным устранением кровоточивости и серозного экссудата из ПК ($p < 0,05$), отрицательной пробой Шиллера-Писарева (1,03 $\square$ 0,09), нормализацией комбинированных индексов.

При сравнении результатов клинического обследования после проведенного лечения по II и III схемам установлено, что наиболее высокий результат получен при использовании III схемы ($p < 0,001$). При этом величина

индекса РМА снизилась в 14 раз, индексы кровоточивости и проба Ш-П, соответственно, в 7,7 и в 3,1 раза. Также более существенно ($p < 0,001$) снизился КПИ – в 10,5 раза, что доказывает полное устранение симптомов воспаления в тканях пародонта при обострившемся течении ГП I-II ст. на фоне уменьшения указанного индекса при хроническом течении ГП – всего в 6,4 раза ($p < 0,05$).

Полученные результаты показали, что наиболее выраженная позитивная динамика всех пародонтальных индексов и проб, наряду с улучшением гигиенического состояния полости рта у больных ГП I-II ст. с обострившимся течением, наблюдается при использовании в схеме лечения сочетанного применения препарата «Витафтор» и корректора кислотно-щелочного равновесия – микроэлементного препарата «Намацит».

Значение микроэкологии различных биотопов организма женщин с кандидозным стоматитом в генерализации кандидозной инфекции.

Г.Ф. Белоклицкая, Т.Д. Центило, О.В. Решетняк

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, кафедра терапевтической стоматологии. Украина

Нашими исследованиями установлена высокая распространенность кандидоза слизистой оболочки полости рта (СОПР) у женщин на фоне хронической урогенитальной патологии (ХУГП) грибкового происхождения.

Цель исследования - определение видового состава микрофлоры различных биотопов организма женщин с генерализацией кандидозной инфекции.

Проведено клинико-микробиологическое обследование 54 женщин в возрасте от 18 до 40 лет с диагнозом кандидоз СОПР на фоне ХУГП кандидозной этиологии.

Стоматологическое обследование включало сбор анамнеза, осмотр СОПР, определение индексов КПУ и Грин-Вермильона. Объекты микробиологического исследования: налет со слизистой оболочки (СО) щеки и языка, соскоб со СОПР, содержимое влагаллища и дистальных отделов кишечника.

В результате стоматологического обследования у женщин с сочетанным кандидозным поражением СОПР и ХУГП была выявлена 100% нуждаемость в санации

полости рта (индекс КПУ=12,8±0,02), гигиеническое состояние полости рта было удовлетворительным (индекс Грин-Вермильона=1,75±0,07).

При микроскопическом исследовании микрофлоры СОПР, влагаллища, кишечника этих женщин были выделены преимущественно грибы рода *C.albicans*. Бактериоскопия мазков со СОПР и влагаллища свидетельствует о наличии инвазивной псевдомицелиальной формы инфицирования с прорастанием грибов в глубокие слои эпителия в 51 % случаев, наличием почкования - в 16,4 %.

При микроскопии мазков СО влагаллища у женщин, кроме выявления ниток псевдомицелия, обнаружены деструкция и массивное отторжение эпителия, что может свидетельствовать о снижении местных защитных реакций и указывает на вероятность длительного носительства или персистенции возбудителя, а также предполагает генерализацию микотического процесса.

Для выявленного дисбактериоза у женщин с сочетанным кандидозом полости рта

(ПР), влагалища и пищеварительного тракта было характерно снижение количества представителей нормальной микрофлоры: бифидумбактерий, лактобацилл, нормальной кишечной палочки.

Таким образом, выделение из кишечника женщин с кандидозом СОПР на фоне ХУГП кандидозной этиологии грибов р. *Candida* в значительных концентрациях указывает на роль кишечника как источника высоковирулентных штаммов грибов. Кроме того, из кишечника большинства обследованных женщин были выделены R- варианты грибов. Образование при их посевах на селективных средах пленчатых и складчатых колоний со значительным разрастанием нитчатого аппарата и нетипичными бродильными способностями указывает на возмож-

ность кандидоносительства.

Анализ клеточного состава СОПР, морфологического состояния эпителия, а также учет характера взаимодействия между клетками гриба и эпителиоцитами могут быть использованы в клинической практике, как критерии прогнозирования течения заболевания и выбора рациональных методов терапии.

Проведенные исследования свидетельствуют о значительных нарушениях микроэкологии ПР у женщин с кандидозным стоматитом и указывают на необходимость использования восстановительных методов терапии, направленных не только на нормализацию микрофлоры ПР, но и на санацию других биотопов организма, пораженных грибами.

Клинико-иммунологический статус у больных генерализованным пародонтитом, ассоциированным с разными формами ревматоидного артрита

Г.Ф.Белоклицкая, Н.В.Цецура

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика

Клиническая интерпретация показателей клеточного иммунитета, полученных при анализе иммунограмм у больных генерализованным пародонтитом (ГП) имеет большое значение при изучении роли иммунных механизмов в его патогенезе. Учитывая высокую распространенность ГП среди больных РА, представляло интерес исследование механизмов иммунного воспаления при развитии ГП на фоне РА.

Цель исследования – изучение клинико-иммунологических особенностей в течении генерализованного пародонтита, ассоциированного с разными формами ревматоидного артрита.

Проведено клинико-лабораторное обследование 149 больных в возрасте 23-54 лет с диагнозом ГП I – II, II ст., на фоне РА. Пациенты с РА были разделены на три груп-

пы: 1-ая группа -18 практически здоровых доноров; 2-ая (54 чел.) – больные с суставной формой РА, серопозитивное течение; 3-я группа (28 чел.) – больные с суставной формой РА, серонегативное течение; 4-ая группа (23 чел.) – пациенты с системной формой РА, серопозитивное течение, 5 -ая группа (26 чел.)- больные ГП I – II, II ст. без сопутствующей патологии.

Пародонтологическое обследование больных было проведено традиционно.

Определение содержания CD3+, CD4+, CD8+, лимфоцитов с рецепторами апоптоза CD95+, проводили методом фенотипирования при помощи моноклональных антител к антигенам лимфоцитов

При сопоставлении объективных клинических данных, отражающих состояние пародонтального статуса больных РА (2-4

группы) установлено, что клинические проявления ГП обусловлены формой и вариантом течения РА. Выраженные воспалительно-деструктивные изменения в тканях пародонта, характерные для ГП I – II, II ст. с обострившимся течением средней интенсивности были выявлены только у больных с системными проявлениями РА.

У больных ГП, ассоциированным с суставной формой РА (серонегативный вариант), превалировали клинические признаки хронического течения, при котором ведущими были деструктивные процессы в альвеолярной кости с менее выраженными признаками воспаления в мягких тканях пародонта. Для больных ГП, ассоциированным с суставной формой РА (серопозитивный вариант), характерно обострившееся течение ГП низкой интенсивности.

В результате иммунологических исследо-

ваний выраженные признаки дисфункции клеточного звена иммунитета установлены в случаях сочетанной патологии – развитии ГП на фоне разных форм РА. Признаки угнетения клеточного звена иммунитета у больных ГП, ассоциированным с системной формой РА, сопровождаются наиболее активным течением воспалительно-дистрофического процесса в тканях пародонта, что подчеркивает влияние степени выраженности аутоиммунного процесса при РА.

Выявленное у больных ГП увеличение содержания лимфоцитов, экспрессирующих рецепторы индукции апоптоза CD95+ , с наиболее высоким уровнем у больных ГП, ассоциированным с системной формой РА, приводит к существенному усилению апоптоза лимфоцитов и, возможно, является основной причиной развития Т-клеточного дефицита при развитии ГП на фоне РА.

Влияние эликсира для полости рта «Бишофит Полтавский» на сохранность краевого прилегания реставраций у пациентов с высокой интенсивностью кариеса

Г.Ф.Белоклицкая, Т.И.Дзицюк
ИС НМАПО имени П.Л.Шупика, Украина

Одним из главных критериев качества фотокомпозитных реставраций является, как известно, краевое прилегание, которое во многом зависит как от свойств пломбировочного материала и соблюдения технологии работы с ним, так и от уровня индивидуальной гигиены и структурно-функциональной резистентности твердых тканей зубов (М.И. Елистратова, 1998; А.В. Азаров, 2004; И.Г. Донская, 2006; А.А. Удод, 2009).

Цель исследования – изучение влияния эликсира для полости рта «Бишофит Полтавский» («БП») на сохранность краевого прилегания реставраций у пациентов с высокой интенсивностью кариеса.

Под наблюдением находились 26 пациентов с высокой интенсивностью кариеса (П.А. Леус, 1990) в возрасте 25 – 35 лет с кариозными полостями II класса по Блеку, которых разделили на 2 группы: основная (16 чел.) и группа сравнения (10 чел.). Алгоритм лечения: профессиональная гигиена, обучение индивидуальной гигиене, санация кариозных полостей с использованием нанокомпозита «Synergy D6» (Coltène/Whaledent AG). Пациенты основной группы дополнительно применяли «БП» путем ежедневного двукратного (утром и вечером после чистки зубов) нанесения 2 капель препарата на мягкую зубную щетку и

втирания в твердые ткани зубов на протяжении 5 - 10 минут, курс - 14 дней.

Оценку качества краевого прилегания пломб проводили электрометрическим методом (Г.Г. Иванова, Р.Г. Буянкина, 1987) и по методу G.Ruge (1998). Для объективизации результатов оценочным показателем по G.Ruge была присвоена оценка в баллах: от 5 -отлично до 2 - неудовлетворительно (Г.Ф. Белоклицкая, Т.И. Дзицюк, 2007). Сроки обследования: базовое (сразу после постановки пломб), через 6 и 12 месяцев.

При проведении оценки качества краевого прилегания пломб по методике G.Ruge - базового и спустя 6 месяцев после пломбирования - в обеих группах получена оценка $5,0 \pm 0,0$ баллов. Через 12 месяцев данный показатель в основной группе составил $5,0 \pm 0,0$ баллов, в группе сравнения - $4,7 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) балла.

При базовой оценке качества краевого прилегания пломб электрометрическим методом достоверных отличий величин краевой проницаемости между группами не выявлено: основная группа - $0,19 \pm 0,01$

мкА; группа сравнения - $0,18 \pm 0,02$ мкА ($p > 0,05$). Через 6 месяцев после пломбирования зафиксировано достоверное увеличение краевой проницаемости в группе сравнения с $18 \pm 0,02$ мкА до $0,26 \pm 0,01$ мкА ($p < 0,05$), что достоверно выше, чем в основной группе в тот же срок ($0,21 \pm 0,01$ мкА, $p < 0,05$). Через 12 месяцев после пломбирования зафиксировано дальнейшее увеличение краевой проницаемости в группе сравнения до $0,30 \pm 0,01$ мкА ($p < 0,05$), что достоверно выше, чем в основной группе в тот же срок ($0,21 \pm 0,01$ мкА, $p < 0,05$). При этом достоверного изменения краевой проницаемости пломб в основной группе через 6 ($0,21 \pm 0,01$ мкА) и 12 месяцев ($0,21 \pm 0,01$ мкА) после пломбирования по сравнению с результатами базового обследования ($0,19 \pm 0,01$ мкА) не выявлено.

Таким образом, профилактическое использование БП обеспечивает высокую сохранность краевого прилегания пломб у пациентов с высокой интенсивностью кариеса на протяжении 12 месяцев наблюдения и может быть рекомендовано для внедрения в практическую стоматологию.

Оценка качества жизни пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта

Р.М.Мамедов

Кафедра терапевтической стоматологии
Азербайджанского медицинского университета

Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) отличаются не только широкой распространенностью среди взрослого и молодого населения, но и оказывают выраженное действие на состояние их здоровья и трудоспособность. С этой точки зрения возникает необходимость в оценке степени их влияния на качество жизни людей, снижение которого сопровождается существенным социально-экономическим ущербом.

При помощи комбинации международных опросников OHIP и SF-36 было проведено анкетирование среди взрослого населе-

ния г.Баку и статистический анализ 2146 полностью заполненных анкет. Качество жизни оценивали по 10 позициям, отражающим физическое, психическое и эмоциональное состояния анкетированных. Каждая позиция оценивалась в 10 баллов, максимальная удовлетворенность качеством жизни соответствовала 100 баллам. Причем необходимо отметить тот факт, что этот показатель ни в одном случае не был выявлен. Даже у анкетированных с отсутствием ВЗП средняя оценка составили $62,8 \pm 3,8$ баллов, намного ниже она была у анкетирова-

мых с ВЗП – $23,1 \pm 1,4$ баллов. Как видно, своевременное диагностирование, эффективное лечение и профилактика ВЗП про-

должают оставаться важной проблемой здравоохранения в деле повышения качества жизни населения.

Медико-биологическая характеристика и химический состав некоторых видов пряно-ароматических растений флоры Азербайджана

Ф.Ю.Мамедов, А.В.Оруджев

Кафедра терапевтической стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета, Баку, Азербайджан

Основная цель углубленных комплексных исследований по изучению растительных ресурсов Азербайджана, уточнения внутривидового состава и биологически активных компонентов некоторых из них, клинических, экспериментальных и лабораторных исследований их лечебной и профилактической эффективности – это поиск путей или разработка методик внедрения некоторых видов эфирномасличных растений в различных областях стоматологии.

Так, методом газовой хроматографии был установлен качественный и количественный химический состав концентрированного экстракта, полученного из целых цветков шафрана посевного (*Crocus Sativus* α), в результате чего были четко выявлены 20 аминокислот, 6 из которых – незаменимые, эфирные масла, шафранал, пикроцин и кроцин, обладающие, согласно результатам научных исследований, антиоксидантными свойствами и т.д.

Особый интерес вызывает факт позитивного влияния экстракта шафрана при лечении воспалительных процессов полости рта, органов зрения и ингибирующего влияния на рост и развитие опухолевых клеток. А результатом исследований эфирных масел *Thymus kotschyanus*, *T.transcaucasicus* и *T.karamanjanicus*, крупные массивы которых выявлены в пяти районах Нахичеванской Автономной Республики, стал новый метод лечения болезней легких инфекционного происхождения. Они содержат довольно сложный состав различных классов терпеноидов. В них обнаружено от 21 до 86 ком-

понентов, из них идентифицированы 15-50, относящихся, главным образом, к кислородсодержащим соединениям, моноциклическим терпеноидам (в том числе их спирты и эфиры, кетоны, альдегиды и ароматические углеводороды), а из редко встречающихся соединений – ди- и трициклические терпеноиды. Кислородсодержащие соединения составляют от 85% ЭМ, тимол и карвакрол присутствуют почти во всех видах в сумме до 78,71%, алифатические спирты гераниол и линалоол встречаются часто и содержание их не превышает 10-42%. Моноциклические терпеноиды до 34,64%, среди них нами отмечены α- и β-пинен (до 13,44%). Заметное количество приходится на долю кетонов: камфора (до 9,48%) и карвон (до 10,67%), а также терпинеол (до 14,28%), п-цимен (до 14,52%) и др.

Проведенные микробиологические исследования установили широкий спектр ингибирующего действия указанных средств на рост и развитие патогенной микрофлоры, многие из которых играют значимую роль в развитии воспалительно-деструктивных процессов в полости рта.

Таким образом, анализ научной литературы, освещающей вопросы фитотерапии и ее возможности в комплексном лечении различных заболеваний, свидетельствуют о необходимости всестороннего изучения эффективности лекарственных средств на основе эфирномасличных растений флоры Азербайджана в лечении и профилактике патологий зубочелюстной системы.

Naxçıvan Muxtar Respublikasında əhalinin stomatoloji sağlamlığının öyrənilməsi

Z.İ. Qarayev, R.M. Cəfərov

Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya kafedrası

Stomatoloji xəstəliklərin öyrənilməsi əhalinin stomatoloji sağlamlığı haqqında statistik məlumatların toplanması ilə yanaşı bu xəstəliklərin inkişafındakı ümumi qanuna uyğunluqları müəyyən etmək mümkündür.

Müxtəlif qrup əhalinin stomatoloji statusunu müəyyən etmək üçün Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) tərəfindən işlənib hazırlanan və təklif edilən vahid epidemioloji müayinə üsulundan son illərdə geniş istifadə edilir.

Stomatoloji xəstəliklərin əmələ gəlməsində böyük rol oynayan polietioloji risk faktorlarının öyrənilməsi kompleks tədqiqatların əsas obyektlərindəndir.

Stomatologiyada epidemioloji tədqiqatların təkmilləşdirilməsi məsələləri dəyişən iqtisadi şəraitdə aktual olaraq qalır, belə ki, onlar əhalinin stomatoloji xidmət bazarının daha effektiv idarə edilməsi üçün hədsiz faydalıdır.

Bu məqsədlə Naxçıvan Muxtar Respublikasında əhali arasında ÜST-nin tövsiyəsinə əsaslanaraq bütün yaş qruplarında stomatoloji xəstəliklərin yayılmasını və intensivliyini öyrənməklə, stomatoloji xidmətin təşkili və onun müasir şəraitdə idarə edilməsi mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Naxçıvan MR-də əsas yaş qruplarında 1850 nəfər arasında stomatoloji müayinələr aparılmışdır. Xəstəliyin yayılma və intensivlik indeksləri əsasən 6, 12, 15 yaş, 35-44 yaş və 65-74 yaş qruplarında aparılmışdır (ÜST). Bu yaş qrupları elə seçilmişdir ki, ölkələrin, fed-

erasiyaların, respublikaların, rayonların eyni populyasiya cərcivəsində müxtəlif kateqoriyalı əhalinin ağız boşluğunun sağlamlığı haqqında rəy vermək, alınan nəticələri təhlil, müqayisə etmək və proqnozlar vermək mümkün olsun. Yaş qruplarının belə seçimi həm də insan orqanizminin müəyyən yaş dövrlərində vəziyyəti ilə əlaqədardır. Əhali arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və intensivliyini öyrənmək məqsədilə xüsusi müayinə kartı hazırlanmış və aşağıdakı göstəricilərin hesablanması aparılmışdır.

Dişlərin kariyesinin intensivlik göstəricisi – KPÇ indeksi, ağız boşluğu gigiyenasının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün Y.A.Fyodorov – V.V.Volodkinanın və Qrin-Vermillionun gigiyenik indeksləri, parodontun vəziyyətini öyrənmək üçün PMA indeksi, parodont xəstəliyinin müalicəyə ehtiyacını öyrənmək üçün CPITN indeksi və Löe-Silness-gingivit indeksi öyrənilmişdir.

Alınmış ilk nəticələrə əsaslanaraq, demək olar ki, müxtəlif yaş qruplarında əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və intensivliyi müxtəlifdir. Kariyesin yayılma göstəricisi 73,4 % - 100% arasında, parodont toxumalarının xəstəlikləri isə 27, 9% - 71,4% arasında tərəddüd edir.

Beləliklə, Naxçıvan Muxtar Respublikasında əhalinin stomatoloji statusunun öyrənilməsi stomatoloji xidmətin təşkilinə və onun idarə edilməsinə xidmət edəcəkdir.

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ОСЛОЖНЕННОГО ПАРОДОНТИТАМИ

З.И.Гараев, В.И.Алиев

Азербайджанский медицинский университет, кафедра ортопедической стоматологии

Дефекты зубных рядов, в особенности осложненные заболеваниями тканей пародонта, сопровождаются неадекватным распределением жевательных усилий, что может привести зубочелюстную систему в состояние суб-или декомпенсации. Характерной особенностью такого состояния является образование травматических узлов и травматической артикуляции, играющих главную роль в дальнейшем развитии патологического процесса. В связи с этим основной задачей ортопедических мероприятий в комплексном лечении дефектов зубных рядов, осложненных заболеваниями тканей пародонта, остается перераспределение жевательной нагрузки и иммобилизация подвижных зубов. Лечение носит восстановительный и профилактический характер и должно учитывать форму и характер течения заболевания, степень атрофии и подвижности зубов, топографию и протяженность дефектов зубных рядов. Устранение функциональной травматической перегрузки пародонта возможно только ортопедическим путем и включает в себя избирательное пришлифовывание зубов, ортодонтическое вмешательство, шинирование и рациональное протезирование. В нашем исследовании нами использовался специальный тест, который служит для выявления преждевременных или отсутствующих контактов антагонизирующих пар зубов. Изучена степень

податливости слизистой оболочки отсутствующих зубов.

Таким образом, были охвачены все зоны контакта элементов дугового протеза с тканями протезного ложа. Эти исследования выполнены с учетом топографии дефектов и мест расположения элементов протеза.

Под нашим наблюдением находилось 47 пациентов в возрасте 45-65 лет, обратившихся с жалобами на затрудненный прием пищи в связи с потерей большого количества естественных зубов.

Результаты наших исследований показывают, что окклюзиография и избирательное пришлифовывание должны стать обязательной манипуляцией на всех этапах ортопедического лечения. Для рационального распределения жевательной нагрузки на ткани протезного ложа и опорных зубов, необходимо определить степень податливости слизистой оболочки беззубых участков челюстей.

Подводя итог клинической части исследования, следует отметить, что состояние тканей протезного ложа и выраженность патологического процесса предполагает изготовление протезов, соответствует условиям в полости рта и конструктивные особенности которых математически обоснованы. Это позволяет активизировать резервные возможности пародонта, предупредить осложнения и получить достаточно стойкий клинический результат лечения.

ПРОБЛЕМЫ СЪЕМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Э.Э. Керимов, А.М. Сафаров

Кафедра ортопедической стоматологии, Азербайджанский Медицинский Университет,
Баку, Азербайджан

CAUCASIAN DENTAL NEWS

№ 16 2010

Несмотря на значительные успехи в повышении уровня стоматологической помощи населению, длительное применение акриловых полимерных материалов в изготовлении съемных пластиночных протезов и результаты научных исследований по их переносимости выявили очень частые изменения воспалительного и дистрофического характера в тканях протезного ложа и слизистой оболочки ротовой полости, связанные с механическим и токсико-аллергическим воздействием базисного материала. А введение в ортопедическую стоматологию новейшего материала для базисов съемных конструкций на основе литьевого термопласта медицинской чистоты позволит избежать такого рода осложнений. Данное положение подтверждается результатами клинических, экспериментальных и лабораторных исследований. Так, при изучении некоторых биохимических аспектов метаболизма клеточных мембран органов и тканей полости рта протезоносителей в динамике при ношении съемных зубных протезов, изготовленных как из акриловых пластмасс, так и термопласта (основная группа). Выявлено достоверное восстановление первоначального уровня показателей неспецифической резистентности тканей полости рта – IgA, sIgA и IgG в основной группе больных. Наибольшая активность ферментов антиоксидантной защиты – СОД и каталазы определяется в группе пациентов, пользующихся акриловыми протезами (из «фторакса» и «этакрила»). В основной группе налицо факт более выраженных процессов нормализации исследуемых показателей в сравнительно короткий период времени. Очень важно отметить значительное сокращение сроков адаптации

ортопедических больных именно к конструкциям на основе литьевого термопласта медицинской чистоты. При этом только $5,0 \pm 1,41\%$ пациентов основной группы не привыкли к протезам вообще, тогда как среди протезоносителей, пользующихся акриловыми съемными зубными протезами этот показатель составил почти 20-23%.

Результаты морфо-гистохимических исследований показывают, что в III подгруппе (использование термопласта) тканевая реакция была менее интенсивной, чем I и II подгруппах, где в качестве базисного материала применялись акриловые пластмассы. Воспалительные процессы были выражены слабее во все сроки. Отмечались более ускоренные созревания грануляционной ткани и фиброзирование капсулы, более слабые макрофагальное и гигантоклеточная реакция. Уже к исходу 15-х суток отмечалось выраженное уменьшение а к 30 суткам полная исчезновение воспалительных процессов. Также в установление сроки отмечается меньшая степень дистрофических признаков. Уже 7-м суткам тканевая реакция была минимальная, наблюдалась слабая воспалительная реакция. Уже через 15 суток соединительнотканная капсула уже сформирована, она тоньше, более зрелая. Во многих участках она состоит из нескольких слоев; внутреннего, состоящего из крупных макрофагов, 2-3 слоев веретеновидных фибробластов и тонких коллагеновых волокон между ними. Гигантские клетки немногочисленны. К 30 суткам практически не отмечалось дистрофических изменений клеток и волокон. Соединительнотканная капсула была наоборот очень нежная.

Таким образом, результаты проведенных комплексных исследований позволили реко-

мендовать ортопедические интраоральные конструкции на основе литевых термопластов медицинской чистоты, благодаря их

инертности и биологической совместимости, к широкому применению в съемном зубном протезировании.

ЭФИРОМАСЛИЧНЫЕ ВИДЫ РОДА THYMUS L. ФЛОРЫ АЗЕРБАЙДЖАНА И ПУТИ ИХ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

А.М.Мамедов, А.М.Сафаров

Кафедра ортопедической стоматологии, Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Одной из актуальных проблем современной стоматологии, по данным научных исследований зарубежных и отечественных ученых и Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), является резко выраженная тенденция к широкой распространенности и интенсивности воспалительных деструктивных заболеваний тканей пародонта почти во всех возрастно-половых группах населения.

При этом эффективность лечебно-профилактических средств и методов оценивается степенью комплексного воздействия на основные звенья патогенетического механизма, т.е. нормализацией иммунного статуса, микробиоценоза и биомеханических аспектов метаболизма клеточных мембран слизистой оболочки ротовой полости.

Непереносимость многих противовоспалительных и антисептических средств, связанных с аллергизацией больных при применении их сильнодействующих представителей, является результатом многочисленных исследований по планомерному и всестороннему изучению химического состава лекарственных средств растительного происхождения с целью их рационального применения в комплексном лечении и профилактике воспалительных заболеваний пародонта.

донта.

Очень важным достижением в этой области является договор о совместной деятельности между Азербайджанским Медицинским Университетом и Институтом Ботаники АНА, предусматривающий экспериментальные, лабораторные и клинические испытания эфирных масел, экстрактов некоторых видов *Thymus L.*, имеющих значительные запасы на территории нашей страны, внедрение рациональных нормативно-технических условий по их применению с целью повышения экономической эффективности и, в конечном итоге, широкое применение в стоматологической практике.

Основанием для внедрения вышеуказанных работ явились результаты лабораторных и клинических исследований, которые выявили ряд биологически активных компонентов и высокую лечебную эффективность эфирного масла *Thymus kotschyanus*, в лечении инфекционно-зависимой формы бронхиальной астмы, хронического обструктивного бронхита, широкий спектр антимикробного действия на *Staphylococcus aureus* 209-p, *Streptococcus hemolyticus*, *Candida albicans* и т.д.

YAYILMIŞ XRONİK PARODONTİT ZAMANI LİPİD PEROKSİDLƏŞMƏSİNİN FƏALLAŞMASI VƏ ONUN HEMOSTAZIN POZULMASINDA ROLU

E.E.Kərimov, O.S.Əliyev

Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya kafedrası, Bakı.

Əvvəllər apardığımız tədqiqatların nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, dovşanlar üzərində parodontit modelinin yaradılması lipidlərin peroksidləşmə (LPO) prosesinin fəallaşması fonunda nəinki qanda, həm də limfada damardaxili laxtalanmanın (DDL) güclənməsi ilə müşahidə olunur. Bütün bunlar mikrosirkulyasiyanı pozmaqla bir tərəfdən diş ətinin qanla (qida maddələri və oksigenlə) təchizini pozur, digər tərəfdən isə toksik maddələrin (o cümlədən toksik peroksidləşmə məhsullarının) oradan yuyulub getməsini çətinləşdirir. Belə dəyişikliklər dişyanı toxumanın destruksiyasını daha da dərinləşdirməklə parodontitin patogenezinə mühüm rol oynayırlar. Lakin, bu vaxta qədər yayılmış xronik parodontit xəstələrində LPO ilə qanın DDL fəallaşması arasında əlaqə öyrənilməmişdir. Qeyd olunanlar hazırkı tədqiqatın əsas məqsəd və vəzifələrini müəyyənləşdirmişdir. Tədqiqatlar yayılmış xronik parodontit diaqnozu ilə ənənəvi müalicə alan 37 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələrin yaş həddi 40-65 yaş təşkil etmiş, onlardan 21-i qadın (56,8%), 16-sı isə kişi (43,2%) olmuşdur. Nəzarət qrupuna, yaş həddi uyğun gələn 10 nəfər praktik sağlam şəxs daxil edilmişdir. LPO-nun intensivliyi və qanın DDL vəziyyəti ümumi qədul edilmiş biokimyəvi testlərin köməyi ilə qiymətləndirilmişdir. Aparılan tədqiqatların nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, ənənəvi müalicə LPO-nun zəifləməsi istiqamətində elə bir təsir göstərmir. Əksinə, tədqiqat müddəti uzandıqca belə xəstələrin qanında LPO həm birincili (müalicənin 3-cü günü dien konyuqatlarının miqdarı normanı 2,8 dəfəyə qədər), həm də ikincili məhsullarının miqdarı (müalicənin 7-ci günü malon dialdehidinin miqdarı normal həddi 3,0 dəfəyə qədər) tədqiqatın əvvəlki mərhələləri ilə müqayisədə nəzərə çarpacaq dərəcədə artır.

Bütün bunlar isə antioksidant sistemi fermentlərinin, yəni katalaza, superoksiddismutaza və qlütationperoksidaza kimi ferentlərin fəallığının xeyli zəifləməsi fonunda müşahidə edilir. Müəyyən edilmişdir ki, belə xəstələrin qanında tromb əmələgəlmə ehtimalı da yüksək olaraq qalır. Tədqiqat müddəti uzandıqca DDL fəallaşması markerləri hesab edilən fibrin monomerlərin həll olan kompleksinin və fibrinogenin degradasiya məhsullarının miqdarı da durmadan artır. Bu zaman, bir tərəfdən qanın antikoagulyant fəallığığının zəifləməsi, digər tərəfdən isə fibrinoliz fəallığının güclənməsi hemostazın daha təhlükəli dəyişikliklərinin, yəni mikrosirkulyator pozulmalarla səciyyələnən disseminasiyalı damardaxili laxtalanma sindromunun yaranması üçün «əlverişli» şərait yaradır. Hazırkı tədqiqat zamanı əldə etdiyimiz nəticələri eksperimental tədqiqatların nəticələri və ədəbiyyat məlumatları (Kiriçuk V.F. i soavt., 2003, 2005) ilə müqayisə edərək belə fikir söyləmək olar ki, yayılmış xronik parodontit zamanı LPO fəallaşması damarların trombozistentliyini zəiflədir, biomembranlardan, o cümlədən qanın formalı elementlərindən və damarların endotel hüceyrələrindən tromboplastin təsirli məhsulların azad olaraq qana və limfaya keçməsinə səbəb olur. Bu cür dəyişikliklər, son nəticədə DDL xarici mexanizmlərini işə salır və mikrosirkulyasiyanı (həm qan, həm də limfa sisteminə) pozur, parodont toxumasında endotoksikozu dərinləşdirir və hipoksiya yaradır. Sonuncu, LPO prosesini daha da intensivləşdirir. Beləliklə, xronik parodontitin gedişində qüsurlu dövrən formalaşır, destruksiya proseslərinin parodont toxumasının daha dərin qatlarına sirayət etməsi və dişlərin laxlaması, tökülməsi üçün «əlverişli» şərait yaranır.

ONKOSTOMATOLOJİ XƏSTƏLƏRDƏ ORTOPEDİK MÜALİCƏNİN EFFEKTİVLİYİNİN ARTIRILMASINA DAİR

R.K.Qasimov

Azərbaycan Tibb Universitetinin ortopedik stomatologiya kafedrası

Məlumdur ki, üst çənədə cərrahi müdaxilədən sonra yaranan geniş həcmli qüsurları bərpa etmək üçün əsasən ortopedik müalicədən istifadə edilməsi, xəstələrdə həm yaranmış emosional durumu sabitləşdirir, həm də qida qəbulunun mənimsənilməsinə köməklik göstərir. Qeyd etmək lazımdır ki, müasir bazis materialından istifadə etməklə də ortopedik müalicənin effektivliyi əhəmiyyətli dərəcədə artırmaq mümkündür. ATU-un Stomatoloji Klinikasına 2006-2010-cu illərdə müraciət edən 8 onkostomatoloji xəstələrdə protezin bazisi – Vertex – yumşaq plastik kütləsindən istifadə edilməklə hazırlanmışdır. Aparılan kliniki müşahidələr və funksional sınaqlar bir daha təsdiqləyir ki, bu texnologiya ilə hazırlanmış protezlər qüsurların daha az travmatik təsir göstərməklə yanaşı, onun fiksasiyasını və her-

metizasiyanı da əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırır. Tədqiqat nəticəsində belə qənaətə gəlinmişdir ki, yumşaq bazisli protezlərdən istifadə edilməsi, digərləri ilə müqayisədə çeynəmə effektivliyi 15-20% artırır və qidanın daha yaxşı mənimsənilməsinə səbəb olur. Bununla yanaşı kliniki müşahidələr göstərir ki, xəstələr yumşaq plastik kütlədən hazırlanmış protezlərə daha tez uyğunlaşırlar ki, bu da öz növbəsində cərrahi müdaxilədən sonra onlarda yaranan psixo-emosional gərginliyi azaldır.

Beləliklə onkostomatoloji xəstələrin ortopedik müalicəsinin effektivliyinin artırılmasında Vertex – yumşaq plastik kütlədən istifadə edilməsi olduqca məqsəduyğundur. Bu da xəstələrin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına xidmət edir.

ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭФИРНОГО МАСЛА THYMUS TRANSCAUCASICUS ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЧАСТИЧНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Р.Р.Шахмурадов, А.М.Сафаров

Кафедра ортопедической стоматологии, Азербайджанский Медицинский Университет,
Баку, Азербайджан

В связи с повышением уровня потребности различных слоев населения в полном и частичном съемном зубном протезировании, основной и актуальной проблемой современной стоматологии продолжает оставаться индивидуальная непереносимость и снижение адаптационных возможностей организма ортопедических больных, связанные с механическим и токсико-аллергическим воздействием базисных материалов на ткани и органы полости рта.

Многие годы, с целью улучшения функциональной и биологической эффективности протезирования, осуществляются много-

численные исследования по внедрению новых, более совершенных технологий по изготовлению ортопедических конструкций. Но, несмотря на предпринимаемые меры, стоматологические материалы, используемые для изготовления съемных зубных конструкций, вступают в сложное взаимодействие с тканями протезного ложа и ротовой полости в целом и оказывают неблагоприятное воздействие на развитие определенных морфо-функциональных сдвигов, показатели иммунологической реактивности и микробной обсемененности, что может быть результатом развития серьезных воспали-

тельных процессов.

Учитывая вышеизложенное, средний возраст протезоносителей, недостаточная эффективность некоторых сильнодействующих лекарств, связанных чаще всего с возникновением побочных эффектов, объясняет причину широкого внедрения в стоматологическую практику более биосовместимых и почти безвредных растительных лекарственных средств.

Так, например, при комплексном лечении протезных стоматитов выявлена высокая антимикробная эффективность фитопрепара

рата «Stomasol», при применении которого протезоносители отмечали хороший дезодорирующий эффект. А сосредоточение крупных массивов T.transk. на территории Azerbaijan, стабильность его качественного состава (тимол, карвакрол, эфирные масла и т.д.) выявленные гипотензивные, седативные и антимикробные свойства послужили основой для изучения эффективности данного лекарственного растения в профилактике осложнений частичного съемного протезирования.

AĞIZ BOŞLUĞU SELIKLI QIŞASININ VƏ PARODONT XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜALICƏSİNDƏ LOROBEN PREPARATININ TƏTBİQİ

R.Q.Əliyeva, E.Əİmanov

Azərbaycan Tibb Universiteti. Uşaq stomatologiyası kafedrası

Məlum olduğu kimi, ağız boşluğu selikli qışa və parodont xəstəliklərinin müalicəsi müasir stomatologiyanın aktual problemlərindən biridir.

Son illər klinik təcrübədə antiseptik tərkibli preparatların tətbiqi geniş yayılmışdır. Bunlardan xlorheksidin göstərilə bilər. Belə ki, xlorheksidinlə ağız boşluğunun qar-qarası zamanı patoloji dişəti cibinin mikroflorasının əhəmiyyətli dərəcədə azalması baş verir.

Digər tərəfdən xlorheksidinlə iltihab əleyhinə preparatların birgə istifadəsi məsələsi də geniş öyrənilməkdədir. Buna misal benzidamin hidroxlorid göstərilə bilər. Məlumdur ki, onun ağız boşluğunun selikli qışasında tətbiqi zamanı iltihab əleyhinə və yüksək analgetik effekt aşkar olunur.

Xlorheksidin və benzidamin hidroxlorid Loroben preparatının tərkibinə daxil edilmişdir

(0,12% xlorheksidin qlyukonat ; 0,15% benzidamin hidroxlorid). Beləliklə, Loroben preparatı antimikrob, iltihab əleyhinə və analgetik təsirlərə malikdir.

Bunu nəzərə alaraq tədqiqatın məqsədi ağız boşluğu selikli qışasının və parodontun iltihab xəstəliklərinin müalicəsində Lorobenin effektivliyini öyrənmək olmuşdur.

Nəzarətimiz altında ağız boşluğu selikli qışasının müxtəlif formalı xəstəlikləri ilə 15-45 yaşlı 30 nəfər və parodontun iltihabi xəstəlikləri ilə 10-17 yaşlı 40 nəfər pasient olmuşdur. Onlara klinik, mikrobioloji, immunoloji müayinələr aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri göstərir ki, Loroben preparatının tətbiqi effektivdir, onun istifadəsi zamanı yüksək iltihab əleyhinə, antibakterial və analgetik effektlər əldə olunur.

АКТИВАЦИЯ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Э.М.Алиев

Кафедра хирургии полости рта и челюстно-лицевой области Азербайджанского
Медицинского Университета, г.Баку.

Ранее нами установлено, что моделирование травматического повреждения челюстно-лицевой области (ЧЛО) у кроликов приводит к активации перекисного окисления липидов (ПОЛ) и свертываемости не только крови, но и лимфы. Все это в конечном счете способствуя нарушению как перфузии, так и лимфатического дренажа тканей создает условия для возникновения гипоксии и накоплении токсичных продуктов метаболизма, а также поврежденных клеток в межклеточных пространствах, усугубляет течение посттравматического периода. Однако до настоящего времени состояния ПОЛ и свертываемости крови у больных с травматическими повреждениями ЧЛО, в сравнительном аспекте не достаточно изучено. Все это явилось поводом для проведения настоящего исследования. Исследования проводились на 23 больных с травматическими переломами нижней челюсти, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии, больницы №1 г. Баку, в период с 2008 по 2009гг. Основную группу (23 человек) составляли больные с односторонними (18) и двухсторонними (5) переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда. В группу контроля (10 человек) были включены практически здоровые люди сопоставимого возраста. Состояния ПОЛ и свертываемости крови оценили с помощью проведения общепринятых биохимических тестов. Результаты исследования показали, что независимо от сроков поступления в стационар у больных с переломами нижней челюсти были выявлены активизации как процессов ПОЛ, так и внутрисосудистое

свертывание (ВСС) крови. Проведенные традиционные методы лечения не устраняют указанные изменения, долгое время в крови обнаруживаются диеновые конъюгаты (ДК) и малоновый диальдегид (МДА) на фоне весьма выраженного снижения активности таких ферментов антиоксидантной системы, как каталаза, супероксиддисмутаза и глутатионпероксидаза. Максимальный уровень ДК в крови фиксировали через 3 часа (превышал нормы более, чем в 2,7 раза), а МДА – через 1 сутки (превышал нормы более, чем в 3,3 раза) после начала традиционной терапии. Не нормализовалась также свертываемость крови. При поступлении в стационар у больных в крови обнаружены гиперкоагуляционные изменения. Это выражалось в укорочении каолин, кефалинового времени, протромбинового и тромбинового времени, а также активизированного частичного тромбопластинового времени на фоне угнетения противосвертывающей системы. Проведенная терапия не устраняла расстройство гемостаза. По мере увеличения срока исследования в крови появились маркеры активации ВСС такие, как растворимые комплексы фибрин-мономера и продукты деградации фибриногена. Готовность крови к тромбообразованию сохранялось в течение всего наблюдения. Сопоставляя результаты настоящего исследования с нашими экспериментальными и литературными (Киричук В.Ф. и соавт., 2005; Алборов Р.Г., 2007) данными можно высказать мнение о том, что между активацией ПОЛ и свертыванием крови и лимфы существует четкая взаимосвязь. Чрезмерная активация ПОЛ повреж-

дая биомембраны клеток, в том числе форменных элементов крови и лимфы, а также эндотелиальных клеток сосудов включает внешний механизм цепной реакции ВСС, усугубляет гипоксию и эндотоксикоз, которые являются важными патогенетическими звеньями, задерживающие саногенетические

процессы. Все это свидетельствует о целесообразности применения антиоксидантов, желателно лимфотропного действия, не только для предупреждения ПОЛ, но и ВСС при построении лечебной схемы травматических повреждений ЧЛО.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СИАЛОЛИТИАЗА

О.С.Сеидбеков, С.З.Алиев, Д.А.Бабаев, Н.А.Мехтиев
АЗГИУВ им.А.Алиева,кафедра стоматологии

Слюннокаменная болезнь (СКБ) является наиболее распространенным заболеванием среди всей патологии слюнных желез. На ее долю, по данным различных авторов, приходится от 20,5% до 78% случаев (1). Отмечено, что СКБ встречается у жителей городов в 3 раза чаще, чем у сельского населения. Клиницисты установили, что слюннокаменной болезнью чаще поражаются поднижнечелюстные (90-95%) слюнные железы, реже (5-8%) - околоушные.

Вопрос этиологии и патогенеза СКБ еще не нашел окончательного разрешения. Все теории возникновения СКБ носят полиэтиологический характер, включая застой и сгущение слюны, внедрение микроорганизмов в проток слюнной железы, нарушение минерального обмена в организме.(2) Лечение страдающих СКБ является довольно сложной задачей. Оно включает консервативное и хирургическое вмешательство (удаление конкремента) и последующую противовоспалительную и стимулирующую терапию.(3) Малая эффективность предлагаемых ранее методов лечения и возможные осложнения заставляют искать новые подходы к лечению больных с воспалительными и дистрофическими заболеваниями слюнных желез.(3,4)

Под нашим наблюдением находилось 32 больных со слюннокаменной болезнью, из них у 25 пациентов камень располагался в поднижнечелюстной и у 7 - в околоушной слюнных железах. Возраст больных коле-

бался от 22 до 77 лет.

Размеры камней были в пределах от 0,2 до 2,0 см. Из них 0.5 см было 5 камней, от 0.5 до 1.0 см -15 конкрементов. От 1 до 1.5 см - 7 и от 1.5 до 2 см -5 камней.

Позиционирование камня проводилось с использованием рентгеновского наведения. У 5 больных камни были рентгеннегативные, поэтому использовалось контрастирование слюнных протоков. Консервативный метод лечения СКБ использовался в случае наличия камней небольших размеров (до 1 мм), расположенных вблизи устья. С этой целью пациентам назначали вещества, стимулирующие слюноотделение, после чего камни выделялись с током слюны. Слюногонные препараты сочетались с бужированием протока.

Лечение калькулезного сиаладенита осуществлялось хирургическим путем. Объем оперативного вмешательства зависел от локализации слюнного камня (в протоке или в железе), изменений в железе, вызванных наличием камня, вида железы (околоушная, поднижнечелюстная, подъязычная) и общего состояния организма больного (возраст, сопутствующее заболевание и др.). Операцию удаления конкремента производили в период отсутствия обострения. Оперативная тактика, которой мы придерживались, была следующая: если камень располагается в околоушном или поднижнечелюстном протоке, удаляли конкремент, при расположении камня в поднижнечелюстной

железе производили ее экстирпацию вместе с камнем.

У 23% пациентов консервативный метод лечения позволил добиться условного «выздоровления», т.е. полного выхода конкремента, что подтверждено рентгенологическим контролем и клиническим получением осколков раздробленного слюнного камня. У 51% больных после хирургического лечения в динамике наблюдения обнару-

жена длительная ремиссия. Эффективность лечения расценена как «улучшение». У 15% больных, результаты расценены как состояние без перемен.

Полученные данные подтвердили общесоматическую природу механизмов камнеобразования, связанную с врожденными изменениями протоков органов.

ПРИВЛЕЧЕНИЕ БУДУЩИХ СТОМАТОЛОГОВ К ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРОЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.Г.Гулиева

Курс врачебного контроля и ЛФК Азербайджанский медицинский университет

Пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) и разработка предложений по его формированию - один из немаловажных разделов работы врачей всех специальностей, включая стоматологов. ЗОЖ требует отказа от вредных привычек, обеспечения полноценного питания, соблюдения рационального двигательного режима, неукоснительного следования санитарно-гигиеническим нормам и правилам, воспитания навыков культуры общения, гармоничного развития личности.

Цель настоящей работы - оценка уровня знаний о ЗОЖ у студентов стоматологического факультета Азербайджанского медицинского университета (АМУ) и привлечение их к активной пропаганде ЗОЖ среди пациентов стоматологического профиля в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях.

При ежегодной аттестации студентов третьего курса стоматологического факультета АМУ путем опроса было установлено, что большинство студентов в процессе обучения получило необходимые знания о роли распространенных вредных привычек, неполноценного питания, несоблюдения санитарно-гигиенических норм в этиологии и патогенезе стоматологических заболеваний. Однако, студенты-третьекурсники еще не готовы к реализации этих знаний на прак-

тике и к активной пропаганде ЗОЖ, недооценивают значение профилактической работы и не владеют навыками проведения просветительской работы среди населения.

Дипломированный врач-стоматолог не должен рассматривать зубочелюстную систему, которая иннервируется тройничным, языкоглоточным и симпатическим нервами, имеющими рефлекторные связи с различными внутренними органами и тканями, изолированно от целостного организма. В стоматологии, так же, как и в других отраслях медицины, превентивные методы, нацеленные на весь организм, позволяют значительно снизить заболеваемость.

Программы обучения на стоматологическом факультете медицинского вуза уже на первых курсах должны включать не только изучение теоретических основ профилактики острых и хронических заболеваний в челюстно-лицевой области, но и активное привлечение студентов к деятельной пропаганде ЗОЖ среди населения для общей и местной безлекарственной профилактики стоматологических заболеваний. Для закрепления полученных знаний и овладения практическими навыками проведения санитарно-просветительной работы необходимо проведение соответствующих тренингов для студентов старших курсов.

MƏHBUBƏ NƏBİ QIZI VƏLİYEVA

Azərbaycan Tibb Universitetinin əczaçılıq texnologiyası, təşkili və iqtisadiyyatı kafedrasının müdiri, əczaçılıq elmləri doktoru, professor Məhbubə Nəbi qızı Vəliyevanın 60 yaşı tamam oldu.

M.N.Vəliyeva 10 aprel 1949-cu ildə anadan olmuşdur. 1966-cı ildə orta təhsilini qızıl medalla bitirib N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun əczaçılıq fakültəsinə qəbul olmuş və 1971-ci ildə fərqlənmə diplomu ilə bitirmiş və institutda saxlanmışdır, 1971-1991-ci illər baş laborant

vəzifəsindən baş müəllimə qədər inkişaf etmişdir.

O, 1987-ci ildə Pyatigorsk Əczaçılıq İnstitutunda «Başlı coğanın saponinlərinin kimyəvi və farmakoloji tədqiqatları» mövzusunda namizədlik dissertasiyasını müdafiə etmiş, əczaçılıq elmləri namizədi dərəcəsinə almışdır.

1991-ci ildə «Təbii limfotrop biopreparatların araşdırılması» adlı problem elmi-tədqiqat laboratoriyasının farmakologiya şöbəsinin müdiri, 1993-cü ildə əczaçılıq fakültəsinin dekan müavini, 1996-cı ildə Səhiyyə Nazirliyinin «Azərfarmsənaye» Elm-İstehsalat Birliyinin Baş direktorunun müavini; 1997-ci ildən əczaçılıq texnologiyası, təşkili və iqtisadiyyatı kafedrasının müdiri vəzifəsinə seçilmişdir.

1998-ci ildə İ.M.Seçenov adına Moskva Tibb Akademiyasında «Azərbaycan florasından alınan antiqemolimfokoaqulyaedici və limfastimulyaedici bitki mənşəli dərman vasitələri» adlı doktorluq dissertasiyasını müdafiə etmiş, əczaçılıq elmləri doktoru elmi dərəcəsinə layiq görülmüşdür.

Vəliyeva M.N. 2000-ci ildə «Azərbaycan Respublikasının əməkdar müəllimi» fəxri adını almışdır. 2005-ci ildə ona professor elmi adı verilmişdir.

Professor Vəliyeva M.N. tibbi və əczaçılıq əmtəəşünaslığından, əczaçılığın təşkili və iqtisadiyyatından, əczaçılıq texnologiyasından əmək-



daşlar ilə birgə 28 dərs vəsaiti: əczaçılara təqdim etmişdir. Əczaçılar üçün iki dildə (azərbaycan, rus) əczaçılıq menecmenti dərsləri ərsəyə gətirmişdir.

Onun rəhbərliyi ilə kafedranın elmi-tədqiqat işləri «Əczaçılıq məhsullarının tədqiqi, elmi-əsaslı öyrənilməsi və marketinq tədqiqatları» probleminə həsr olunub, bu istiqamətdə 20 əczaçılıq elmləri namizədi dissertasiyası (12 müdafiə edilib) və 22 əczaçı-magistr dissertasiya işləri yerinə yetirilib.

Professor M.N.Vəliyeva elmi-tədqiqat işlərini ölkəmizin bitki florasını araşdırıb dərman bitkilərini aşkar etmək, onların tərkibindən faydalı farmakoloji maddələr əldə etmək və onların əsasında müasir dərman formaları işləyib elmi və praktiki təbabətə və əczaçılığa təqdim etməkdir.

Hal-hazırda professor Məhbubə Vəliyevanın araşdırmaları 325 elmi əsərdə işıq üzü tapıb: bunlardan 2 monoqrafiya, 21 texniki şərt, 28 tədris vəsaiti, 11 patent, 22 səmərələşdirici təklif, 156 məqalə və 92 tezisdir.

Professor Vəliyeva M.N. universitetin və respublikanın ictimai siyasi həyatında yaxından və fəal iştirak edir. Tibb universitetin səmərələşdiricilər və ixtiraçılar cəmiyyətinin sədridir; Universitetin Metod Şurasının üzvüdür, Əczaçılıq və Farmakologiya üzrə Tsiklik Metod komissiyasının sədridir.

O, 1992-ci ildən Yeni Azərbaycan Partiyasının üzvüdür. Tibb Universitetinin Yeni Azərbaycan Partiyasının Qadınlar Şurasının sədri, Bakı şəhəri Nəsimi rayon YAP qadınlar Şurasının sədri; Nəsimi rayon YAP idarə heyətinin üzvüdür.

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası və "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalının redaksiya heyəti professor M.N.Vəliyevanı yubiley münasibətilə səmimi qəlbdən təbrik edir, ona möhkəm can sağlığı, xoşbəxtlik və yeni nailiyyətlər arzulayır.

PAŞAYEV Ç.A.-70

Professor Paşayev Ç.A. 5 oktyabr 1939-cu ildə Bakı şəhərində, qulluqçu ailəsində anadan olmuşdur. Orta məktəbi bitirdikdən sonra N.Nərimanov ad. Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun stomatologiya fakültəsinə qəbul olunmuşdur. 2 il həmin fakültədə oxuduqdan sonra, Moskva Tibbi Stomatologiya İnstitutunda təhsilini davam etmiş və həmin institutu bitirmişdir. İnstitutu bitirdikdən sonra, ATİ-nin terapevtik stomatologiya kafedrasında əvvəlcə baş laborant, sonra isə assistent vəzifəsinə seçilmişdir.



Paşayev Ç.A. kafedrada tədris və praktiki işlərlə yanaşı, eyni zamanda elmi işlərlə də məşğul olmağa başlamış və 1967-ci ildə Moskva şəhərində prof. Rıbakovun rəhbərliyi altında «Endemik flüoroz zonasında əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və müalicəsinin xüsusiyyətləri» mövzusu üzrə müvəffəqiyyətlə dissertasiya müdafiə edərək tibb elmləri namizədi adına layiq görülmüşdür. Bundan sonra terapevtik stomatologiya kafedrasının dosenti seçilmiş və 1986-cı ilə qədər həmin vəzifədə çalışmışdır. Çingiz müəllim bununla kifayətlənməyərək, elmi-tədqiqat işlərinə daha da üstünlük verərək, Moskva Mərkəzi Elmi-Tədqiqat Stomatologiya İnstitutu ilə əməkdaşlıq yaratmış və doktorluq dissertasiya üzərində işləməyə başlamışdır. Elmi işin müəyyən hissəsini başa çatdırmaq üçün o, Moskvaya ezam edilmiş və METSİ (Mərkəzi Elmi-Tədqiqat Stomatologiya İnstitutu) fəaliyyətini davam etdirmişdir.

Paşayev Ç.A. 1983-cü ildə «Kariyes, parodontoz və onların müştərək formalarının klinik-epidemioloji xüsusiyyətləri» mövzusu üzrə doktorluq dissertasiyasını başa çatdırmış və uğurla müdafiə etmişdir. 1986-cı ildən hazırkı dövrdə terapevtik stomatologiya kafedrasının müdiri vəzifəsində çalışır.

Prof. Paşayev Ç.A. kafedraya rəhbərlik edərək, stomatologiya fakültəsinin bütün kurslarında Azərbaycan və rus bölmələrində mühazirələr oxumuşdur. Bundan başqa, plana uyğun olaraq, praktiki məşğələlərin tədrisində də iştirak etmişdir. Tələbələr onun həm mühazirələrində və həm də kursiyalarında çox həvəslə iştirak etmişlər. Prof. Paşayev Ç.A. tərəfindən terapevtik stomatologiyanın müxtəlif bölmələrinə dair 15 tədris-metodik və

dərs vəsaiti işlənib hazırlanmışdır.

O, tədris-metodik işlərlə yanaşı kafedrada elmi-tədqiqat işlərinə də çox böyük yer vermişdir. Onun elmi-tədqiqat işləri respublika əhalisi arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin epidemiologiyasına həsr edilmişdir. Kafedra əməkdaşları ilə birgə o, respublikanın müxtəlif coğrafi-iqlim zonalarında yaşayan əhali arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılma xüsusiyyətlərini, epidemioloji aspektlərini öyrənmişdir.

Prof. Paşayev Ç.A. respublika əhalisi arasında kariyes və parodont xəstəliklərinin yaranmasına səbəb olan əsas faktorları müəyyən etmiş və adekvat müalicə-profilaktika tədbirlərinin həyata keçirilməsini tövsiyə etmişdir.

Onun rəhbərliyi altında müxtəlif təbii amillərin stomatoloji xəstəliklərin müalicəsindəki rolu öyrənilmişdir. Kafedra əməkdaşları ilə birgə «Qalaltı», «Carlı», «Gədəbəy suyu» kimi mineral resursların parodont xəstəliklərinin müalicəsində rolu müəyyən edilmişdir. Bundan başqa, müxtəlif müalicəvi təsirə malik palçıqların, zəfəranın, naftalan yağının, sümük ununun və s. stomatoloji xəstəliklərin müalicə və profilaktikasında rolu tədqiq olunmuşdur.

Prof. Paşayev Ç.A. flüorozun respublika əhalisi arasında yayılmasına xüsusi diqqət yetirmişdir. Məlumdur ki, bu xəstəlik stomatologiyanın aktual problemi olaraq qalmaqdadır. O, kafedra əməkdaşları ilə eksperimental flüoroz modeli yaratmış və flüorozun fərdi profilaktika tədbirlərini təklif etmişdir.

Prof. Paşayev Ç.A. respublika stomatoloqlarının elmi-tibbi cəmiyyətinin sədri, Səhiyyə Nazirliyinin baş stomatoloqu, Stomatologiya fakültəsinin Problem Komissiyasının sədri olmuşdur. Elmi Şuranın, Dissertasiya Şurasının üzvüdür. O, «Respublikanın əməkdar həkimi» fəxri adına layiq görülmüşdür.

Azərbaycan Stomatoloji Assosiasiyası və "Qafqazın stomatoloji yenilikləri" jurnalının redaksiya heyəti professor Ç.A. Paşayevi yubiley münasibətilə səmimi qəlbdən təbrik edir, ona möhkəm can sağlığı, xoşbəxtlik və yeni nailiyyətlər arzulayır.

В м
язы
пос
мед
пре
При
при
1. С
виз
2. Е
ука
руч
мож
3. С
инт
рис
соо
4. С
ста
рус
5. С
кра
мат
6. І
сод
В т
ори
пос
фан
жу
наз
7.
рус
ини
сод
8. І
тек
9. С
бул
10.
11.
12.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

В медицинском журнале «Qafqazın Stomatoloji yenilikləri» на азербайджанском, русском и английском языках публикуются оригинальные и проблемные статьи, научные обзоры, а также краткие сообщения, посвященные актуальным вопросам стоматологии, клинической, экспериментальной и теоретической медицины. Кроме того по решению редакционной коллегии в журнале публикуются "Письма редактора", представляющие теоретический и практический интерес.

При оформлении статей для печати редакция журнала «Qafqazın Stomatoloji yenilikləri» просит придерживаться следующих правил:

1. Статья должна быть заверена визой научного руководителя на первой странице, подтвержденная визой учреждения. К статье прилагается рецензия специалистов, заверенная подписью и печатью.
2. В начале первой страницы указываются название статьи, инициалы и фамилия автора (авторов) с указанием названия учреждения, в котором выполнена работа, город. Статья должна быть собственноручно подписана всеми авторами. Следует указать фамилию, имя и отчество автора, с которым редакция может вести переписку, точный почтовый адрес и телефон.
3. Статья должна быть представлена в 2 экземплярах на бумаге форматом А4, величина шрифта 14 с интервалом между строками 1,5. Объем оригинальной статьи включая таблицы, графики, диаграммы, рисунки, литературу и резюме не должен превышать 8 страниц; обзоров и лекций - 10 страниц, кратких сообщений из практики - до 2-х страниц.
4. Статья должна быть набрана на компьютере (распечатка с диском CD RW). Представленные на диске статьи необходимо набрать в программе Microsoft Word 2000-2003, шрифтами Times New Roman (для русского и английского текстов) и Times Roman AzLat (для азербайджанского текста).
5. Оригинальные статьи должны иметь следующие разделы и подзаголовки: введение (оно должно быть кратким и ориентировать читателя в отношении актуальности проблемы и задач исследования), материалы и методы исследования, результаты исследования, обсуждение и краткое заключение.
6. Цитируемая в статье литература должна быть напечатана на отдельном листе. Список литературы составляется не в алфавитном порядке, а в последовательности цитирования источников в тексте статьи. В тексте дается ссылка на порядковый номер (в квадратных скобках). Фамилии авторов даются в оригинальной транскрипции. Список литературы должен содержать данные, опубликованные за последние годы не более 10 источников, а для обзора - 25. В библиографическом описании приводятся фамилии трех авторов; если же их больше, остальные указываются "и др." При описании статей из журналов, книг, сборников приводят в следующем порядке такие выходные данные: фамилия, инициалы, название источника, год, том (номер), страницы (от и до).
7. К каждой оригинальной статье необходимо приложить на отдельных листах краткое резюме на русском и английском или азербайджанском и английском языках с указанием названия статьи, инициалов и фамилий авторов, а также учреждения. Резюме должно в сжатой форме отражать содержание статьи и иметь ключевые слова.
8. Если статья возвращается автору для доработки, исправлений или сокращений, то вместе с новым текстом автор должен вернуть в редакцию и первоначальный текст.
9. Статьи, представленные с нарушением правил оформления, регистрироваться и рассматриваться не будут.
10. Редакционная коллегия вправе отклонить публикацию материалов.
11. Редколлегия сохраняет за собой право сокращать публикуемые материалы независимо от их объема.
12. Авторы несут ответственность за правдивость публикуемых информации.

